

Université de Montréal

Valeurs sous-jacentes aux programmes de santé publique visant la prévention de l'obésité.
Analyse de programmes.

Par

Émilie Dansereau-Trahan

Programme de Bioéthique
Faculté des études supérieures

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade M.A. en bioéthique

Mars. 2007



QH

332

US4

2007

V. 004

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Valeurs sous-jacentes aux programmes de santé publique visant la prévention de l'obésité.
Analyse de programmes.

présenté par :

.....Émilie Dansereau-Trahan.....

a été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes :

.....Guy Bourgeault.....
président-rapporteur

.....Bryn Williams-Jones.....
directeur de recherche

.....Béatrice Godard.....
membre du jury

RÉSUMÉ

Les agences de santé publique des pays dits économiquement avancés ont depuis une vingtaine d'années la responsabilité de promouvoir la santé au sein de leur collectivité en plus de leur mission originale de prévenir ou de guérir les maladies touchant une partie importante de la population. Cette nouvelle tâche n'est pas simple puisqu'il faut d'abord s'entendre sur ce qu'est la santé et, ensuite, décider quels sont les risques de santé prioritaires que l'on veut prévenir. La fin du XX^e siècle fut marquée par la prévention du tabagisme qui connut un certain succès. Le XXI^e siècle est à peine amorcé et la question de l'augmentation du poids au sein de la population mondiale semble être l'une des plus importantes priorités en ce qui concerne les actions de prévention. Ces choix d'actions prioritaires en matière de santé ne sont toutefois pas neutres en termes de valeurs véhiculées. De plus, l'obésité est intimement liée à des comportements relevant de la sphère privée et associés à des choix individuels. Il s'agit, entre autres, des habitudes alimentaires et de la pratique d'activités physiques. Ainsi, on peut se questionner quant à l'impact des différentes actions de promotion et de prévention de l'obésité au sein de la population.

Le présent travail de recherche avait comme objectif de se questionner dans une perspective éthique au sujet des valeurs se retrouvant au cœur de ces actions de santé publique. Le principisme de Beauchamp et Childress (1994) revu par Massé (2003) a servi de cadre de référence à cette analyse éthique. La grille d'identification des valeurs encastrées dans les composantes d'une intervention de santé publique de Guttman (2000 in Massé, 2003) a été utilisée comme instrument de mesure afin de faciliter l'identification des valeurs centrales des trois programmes d'intervention ayant été analysés soit : le programme du gouvernement du Québec *Vas-y*, le *Programme National de Santé Publique* (PNSP) du Québec et le programme *Bien dans sa tête, bien dans sa peau* (BTBP) du groupe Équilibre.

Ces trois programmes identifient les changements environnementaux des dernières années comme étant grandement responsables de l'augmentation pondérale de la population. Pourtant on mise sur des changements individuels pour prévenir et/ou améliorer la problématique actuelle du poids au Québec. De plus, ces différents acteurs devraient se regrouper ainsi que tous ceux impliqués dans cette problématique, afin de travailler en commun plutôt qu'en vase clos. La discussion et l'énonciation des valeurs que ces acteurs véhiculent au cœur de la collectivité pourraient permettre d'établir les assises d'actions à venir afin d'optimiser les répercussions de ces actions.

Mots clefs : valeurs, enjeux, éthique, politique, Québec, obésité, problématique du poids, activité physique

Abstract

For more than twenty years, public health agencies in economically advanced countries have taken responsibility for promoting the health of their populations, but originally their first mission was the prevention and cure of diseases that affect significant parts of the population. But the more recent goal of health promotion is not simple at all. First, it is necessary to define what 'health' is and then decide which risk factors are most important to prevent. At the end of the 20th century, public health interventions focused on tobacco prevention, and saw some success. The 21st century has just begun and public and policy discourse now centres on obesity, weight management and lack of physical activity in the population. The choice of obesity prevention as a public health priority raises some important value questions. Obesity is related to private behaviour and individual choices such as eating habits and physical activity. Then, we can ask questions about the actual or likely positive impact of prevention and promotion programs on individual behaviour.

The objective of this work is to examine the ethical perspectives and values that are part of these health promotion programs. Beauchamp and Childress' (1994) principlism, as interpreted by Massé (2003), is used as an analytic frame for this study, supplemented by Gutman's (2000 in Massé 2003) « grille d'identification des valeurs encadrées dans les composantes d'une intervention de santé publique ». This ethical framework enables the identification of the underlying values present in three health promotion programs: *Vas-y!* from the Quebec Government, the National Public Health Program, and *Bien dans sa tête, bien dans sa peau* from the non-governmental organisation Equilibre.

These three programs have concluded that recent environmental changes explain a major part of the weight gain seen in the general population. But many programs focus only on changing individual habits as a means of preventing or addressing this weight problem.

Another important aspect of this issue is that many people and organisation work individually instead of together. We hope that our study of the ethical issues and values underlying these interventions can contribute to bringing together the relevant stakeholders, and hopefully optimize the result of their actions.

Key words : values, stakeholders, ethics, politics, policy, Quebec, obesity, overweight, physical activity.

À Guillaume...

Remerciements

De nombreuses personnes m'ont aidée à différents moments dans la réalisation de ce travail. Tout d'abord, je tiens à remercier mon amoureux, Guillaume, qui a su être patient, encourageant, attentif, mais aussi motivateur et ce, toujours au moment opportun. Je tiens aussi à remercier mes parents, sans qui je ne serais pas rendue où j'en suis aujourd'hui, mais plus encore, qui me soutiennent et m'encouragent toujours peu importe les choix et les changements que je fais. Finalement, je remercie mon directeur, Monsieur Bryn Williams-Jones, qui a fait preuve de patience à mon égard puisque j'ai souvent douté. Je le remercie aussi pour ses nombreux conseils, ses encouragements et l'enthousiasme à l'égard de son travail, enthousiasme qu'il sait communiquer.

Table des matières

RÉSUMÉ	I
REMERCIEMENTS	IV
TABLE DES MATIÈRES.....	V
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
LISTES DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	VIII
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : L' OBÉSITÉ : UN PHÉNOMÈNE COMPLEXE AUX SOURCES MULTIPLES.....	5
1.1 DEFINITION OPÉRATIONNELLE ET MESURE DE L'OBÉSITÉ : CONSIDÉRATIONS ET ASPECTS PROBLÉMATIQUES	5
1.2 QUELQUES REPÈRES INTERNATIONAUX ET LOCAUX	9
1.3 LA SITUATION AU QUÉBEC : DE NOMBREUX ACTEURS AUX VALEURS DIVERSIFIÉES	17
1.4 LA SITUATION AU QUÉBEC : LES DIFFÉRENTES CIBLES D'INTERVENTION, LES VALEURS PRÉSENTES ET LES ENJEUX SUSCEPTIBLES D'ÉMERGER	20
CHAPITRE 2 : ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES.....	24
2.1 UN CADRE DE RÉFÉRENCE : LE PRINCIPISME	24
2.2 UN INSTRUMENT D'ANALYSE : LA GRILLE DE GUTTMAN	25
2.3 UN INSTRUMENT COMPLÉMENTAIRE ÉLABORÉ PAR MASSÉ : LA GRILLE D'ANALYSE DU CONTEXTE GÉNÉRAL DE L'INTERVENTION	27
2.4 CLARIFICATION DE QUELQUES CONCEPTS : VALEURS, ENJEUX ÉTHIQUES ET ACTEURS	28
2.5 LE CHOIX DE TROIS SECTEURS D'INTERVENTION À ANALYSER : LE GOUVERNEMENT, LE RÉSEAU DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET LE MILIEU ASSOCIATIF	29
CHAPITRE 3 : ANALYSE DES TROIS PROGRAMMES D'INTERVENTION	30
3.1 LE SECTEUR GOUVERNEMENTAL.....	30
3.1.1 <i>Le programme d'action du gouvernement : Briller parmi les meilleurs.....</i>	30
3.1.2 <i>Le programme de promotion des saines habitudes de vie du gouvernement du Québec : Vas-y, fais-le pour toi!.....</i>	34

3.1.2.1 Analyse du programme Vas-y.....	34
3.1.2.2 Discussion des enjeux éthiques présents	41
3.2 LE RÉSEAU DE LA SANTÉ PUBLIQUE : LE PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE	44
3.2.1 Analyse du PNSP 2003-2012	45
3.2.3 Discussion des enjeux éthiques présents.....	52
3.3 LE MILIEU ASSOCIATIF : LE PROGRAMME BIEN DANS SA TÊTE, BIEN DANS SA PEAU (BTBP) DU GROUPE D'ACTION SUR LE POIDS ÉQUILIBRE.....	56
3.3.1 Le Groupe d'action sur le poids ÉquiLibre et son programme BTBP	56
3.3.1.1 Analyse du programme BTBP.....	57
3.3.2 Discussion des enjeux éthiques présents.....	64
3.4 COMPARAISON DES TROIS PROGRAMMES	68
CONCLUSION	71
RÉFÉRENCES	80

LISTE DES TABLEAUX

TABEAU 1 : PRINCIPES ET VALEURS PHARES	24
TABEAU 2 : GRILLE D'IDENTIFICATION DES VALEURS ENCASTRÉES DANS LES COMPOSANTES D'UNE INTERVENTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE GUTTMAN	25
TABEAU 3 : GRILLE D'ANALYSE DU CONTEXTE GÉNÉRAL DE L'INTERVENTION DE MASSÉ....	27
TABEAU 4 : MISE AU JOUR DES VALEURS EN JEU DANS LE PROGRAMME VAS-Y	40
TABEAU 5 : MISE AU JOUR DES VALEURS EN JEU DANS LE PROGRAMME PNSP	51
TABEAU 6 : MISE AU JOUR DES VALEURS EN JEU DANS LE PROGRAMME BTBP	64
TABEAU 7 : TABLEAU SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DES TROIS PROGRAMMES.....	68

Listes des Sigles et Abréviations

ASPQ	Association pour la santé publique du Québec
BTBP	Programme Bien dans sa tête, Bien dans sa peau
IMC	Indice de masse corporelle
LSP	Loi sur la santé publique
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNSP	Programme national de santé publique
GTPPP	Groupe de travail provincial sur la problématique du poids

Introduction

Nous vivons actuellement une époque où il ne s'agit plus seulement de prévenir ou de guérir les maladies ou problèmes de santé, mais de promouvoir certaines habitudes de vie, certains comportements pour un meilleur état de santé. Ce nouvel enjeu est aujourd'hui rendu possible par l'amélioration de notre niveau de vie et le fait que nous savons maintenant guérir plusieurs maladies qui, auparavant, mettaient la vie des gens en danger. Il s'agit donc d'un nouveau défi pour les agences de santé publique, défi qui s'actualise par la mise sur pied de campagnes de promotion de saines habitudes de vie. Par contre, l'émergence de ce défi n'est pas le fruit du hasard, mais découle plutôt d'un choix de priorités qui comporte un choix implicite de valeurs. Actuellement, si les représentants de la santé publique accordent une telle importance à la promotion, c'est d'abord parce que le gouvernement a choisi d'en faire une de ses priorités en matière de santé. En effet, la Charte d'Ottawa de 1986 de l'OMS porte en son titre le terme « promotion de la santé » (OMS, 1986). Ce choix a pour conséquence d'établir la valeur de la santé et du respect de la vie en santé au sommet de la hiérarchie des valeurs, ce qui en soi, peut soulever certains questionnements quant aux enjeux éthiques. Ainsi, on peut se demander ce que l'on considère comme étant la santé et si cette définition est représentative de celle attribuée par la population cible à cette valeur. Certains pourraient y voir une intrusion dans la vie privée, invoquer leur droit à l'autonomie et à l'autodétermination et déplorer cet interventionnisme paternaliste de la santé publique. Bref, l'amorce d'une discussion éthique pourrait contribuer aux choix de programmes, de priorités et d'actions en santé publique. D'autre part, si la fin du XX^e siècle a été une période où la santé publique s'est grandement impliquée dans la lutte au tabagisme toujours en invoquant un enjeu de promotion de la santé, c'est la question de l'alimentation qui semble au premier plan en ce début de XXI^e siècle et ce choix est probablement attribuable en partie à l'augmentation du nombre de personnes ayant un surplus pondéral et, conséquemment, des

coûts de santé qui y sont associés (ex : diabète de type 2, hypertension, cholestérol, etc). Selon l'Institut Canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, au Canada, on estime qu'en 2003, les dépenses de santé associées à l'obésité étaient de 4,3 milliards de \$.

Actuellement au Québec, plus de la moitié de la population adulte présente un excès de poids, mais, fait encore plus inquiétant, les enfants sont aussi touchés par ce problème pondéral car il semblerait qu'un enfant sur cinq ait un excès de poids (Mongeau et al., 2005) . Il s'agit donc d'une partie importante de la population et c'est pourquoi l'obésité est aujourd'hui considérée par les instances, tant internationales (ex. Organisation Mondiale de la Santé) que nationales (ex. Santé Canada), provinciales (ex. Ministère de la santé et des services sociaux) et régionales (ex. Direction de Santé publique), comme un problème de santé publique à travers le monde entier. Bien sûr, le fardeau économique et social de cette surcharge pondérale varie d'un pays à l'autre et est différent pour les pays économiquement avancés et les pays à économie en émergence. Toutefois, et c'est ce qui inquiète les agences de santé publique, on observe une tendance similaire à l'échelle planétaire et ce, même dans les pays souffrant de malnutrition. L'OMS parle depuis 2002 *d'épidémie d'obésité* en raison du nombre d'adultes, plus de 300 millions à travers la planète, qui seraient considérés comme obèses et du fait que cet état s'observe chez des individus de tous les groupes d'âge et de tous les statuts socioéconomiques (OMS, 2003). Ce n'est pas tellement le surplus de poids en soi qui pose problème, mais plutôt les conséquences multiples déjà mentionnées de ce surplus de poids sur la santé des individus, les coûts de santé engendrés par cet état ainsi que le fait qu'il s'agit très souvent de maladies chroniques pouvant être prévenues dans plusieurs cas en modifiant les habitudes de vie. En effet, une recension des études traitant de la prévention de l'obésité nous permet de dire qu'il est parfois possible de prévenir l'obésité (Casey & Crumley, 2004). Par contre, les actions envisagées actuellement par les différents acteurs impliqués dans la prévention et la « lutte » à l'obésité ciblent des comportements humains

faisant partie de la sphère privée. En effet, ces actions visent les modifications des habitudes de vie, particulièrement les comportements alimentaires et la pratique de l'activité physique. Le choix de ces actions de prévention ou de promotion peut donc entrer en conflit avec des valeurs importantes pour certains individus telles que le droit à l'autodétermination, la liberté de choix de son mode de vie, le respect de la vie privée, etc. Ces actions de santé publique, conjuguées avec les normes sociales en vigueur, pourraient, par exemple, chez certains individus, créer une préoccupation excessive à l'égard du poids et nuire à leur image corporelle (GTPPP, 2005). Un tel exemple soulève des questions de bienfaisance et incite à la prudence lorsqu'il s'agit de pondérer le bien escompté des interventions par rapport à la possibilité de nuire à certains (Massé, 2003).

D'autre part, tous les citoyens québécois n'ont probablement pas la même définition ni la même hiérarchisation des valeurs que sont la *santé*, la *qualité de vie*, le *bien-être*, le *plaisir*, donc, comment choisir des actions de santé publique qui respectent ces divergences? Doit-on et est-il possible de respecter ces divergences? Sinon, le gouvernement ne pourrait-il pas choisir un programme universel en s'appuyant sur un principe de bienfaisance paternaliste? Et finalement, à qui revient la tâche de choisir, de trancher?

Il s'agit non seulement de se questionner quant à la présence de diverses valeurs, mais aussi de susciter une prise de conscience quant au fait que les choix de nos actions de prévention ou de promotion en santé publique ne sont peut-être pas si neutres qu'on le croit. Il est possible que ces actions transmettent des valeurs qui sans être explicitées, influencent tout de même non seulement les normes sociales, mais les individus en soi (Massé, 2003).

Le but de ce travail sera de rendre explicite les valeurs implicites véhiculées par les différents acteurs impliqués dans la problématique du poids au Québec pour ainsi se questionner quant aux conflits de valeurs possiblement présents et émettre des recommandations pour une harmonisation des actions futures. La méthode de recherche

utilisée sera présentée suite à l'explication du concept d'obésité et de l'analyse de la littérature entourant ce concept. Le chapitre 1 permettra au lecteur de se familiariser avec le concept d'obésité. Tout d'abord, il s'agira de définir le concept d'obésité avant de s'intéresser aux acteurs impliqués dans la recherche de solution à ce nouvel enjeu de santé publique, pour une meilleure compréhension du contexte même de cette problématique complexe. Le chapitre 2 fournira les repères méthodologiques sur lesquels s'est appuyé ce travail. Finalement, le chapitre 3 procèdera à l'analyse éthique de trois interventions de santé publique s'intéressant à la problématique du poids. La conclusion permettra de faire des liens entre les trois analyses pour y souligner les points communs et divergents, mais surtout pour amorcer, nous l'espérons, un questionnement d'ordre éthique chez le lecteur quant aux valeurs véhiculées dans les programmes de promotion de la santé.

Chapitre 1 : L'obésité : un phénomène complexe aux sources multiples

1.1 Définition opérationnelle et mesure de l'obésité : considérations et aspects problématiques

Tout d'abord, avant de procéder à la recension des écrits concernant les différents acteurs impliqués dans la recherche de solutions aux problèmes pondéraux, il semble important de s'entendre sur ce que l'on entend par *obésité*. L'OMS (2003) définit l'obésité par l'*Indice de Masse Corporelle* (IMC, qui correspond au poids en kilogrammes divisé par la taille en mètres au carré) et par la mesure du tour de taille. Santé Canada a adopté cette définition de l'obésité en 2003 lorsqu'elle a procédé à une mise à jour de son système de classification du poids appelé : *lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes* (Santé Canada, 2003). Les personnes ayant un IMC qui se situe entre $18,5\text{kg/m}^2$ et 25kg/m^2 sont considérés comme ayant un poids santé (c'est ce que l'on considère comme étant l'intervalle normal), celles se situant entre 25kg/m^2 et 30kg/m^2 sont considérées comme ayant un **surplus pondéral** et lorsque l'IMC est de 30kg/m^2 et plus, on parle alors d'**obésité**. Pour justifier cette coupure dans les intervalles d'IMC, une étude effectuée aux États-Unis avait établi que l'on pouvait attribuer 53% de la cause des décès chez des femmes ayant un IMC de 29kg/m^2 à leur surpoids (Manson, et al, 1995). D'autre part, on observe une courbe en J en ce qui a trait aux risques de morbidité et de mortalité associés à l'IMC lorsqu'il se situe dans un intervalle supérieur à la normale. Lorsque l'IMC se situe dans l'intervalle « normal », les risques de développer un problème de santé en lien avec le surplus pondéral sont faibles. Lorsque l'IMC se situe dans la catégorie **surplus pondéral**, alors, plus le risque devient grand, plus l'IMC est élevé. En ce qui concerne la mesure du tour de taille, selon Santé Canada (2003), un tour de taille égal ou supérieur à 102 cm chez les hommes et à 88cm chez les femmes serait lié à un risque accru de complications métaboliques (OMS,

2003; Santé Canada, 2003). De plus, on associe un IMC de 25kg/m^2 à un risque plus élevé de développer les maladies suivantes : diabète de type 2, lipidémie anormale, résistance à l'insuline, maladie de la vésicule biliaire, apnée obstructive du sommeil et troubles respiratoires, maladies cardiovasculaires, hypertension, ostéoarthrite, certains types de cancers, problèmes psychosociaux, limitations fonctionnelles et diminution de la fertilité. (Santé Canada, 2003).

Cette nouvelle mesure de l'embonpoint date du 23 mai 2003. Avant cette date, les instances de santé publique (selon les normes de Santé Canada d'avant 2003) considéraient une personne comme ayant un surplus pondéral uniquement à partir de 27kg/m^2 . Ainsi, à partir du 23 mai 2003, il y a un plus grand nombre de québécois qui sont maintenant considérés comme ayant une surcharge pondérale. Santé Canada (2003) justifie l'adoption de cette nouvelle mesure par l'avancement des connaissances sur le lien entre poids corporel et santé physique.

D'autre part, avant ce 23 mai 2003, Santé Canada considérait un IMC de 20kg/m^2 comme étant un poids insuffisant. Ce même 23 mai 2003, on a abaissé cette limite à $18,5\text{kg/m}^2$. La proportion d'adultes québécois considérée comme ayant un poids insuffisant a diminué de 13,6% à 2,8% ce qui inquiète les spécialistes s'intéressant à l'anorexie nerveuse et à la boulimie, autres problèmes de poids importants dont nous entendons moins parler peut-être parce qu'ils sont moins coûteux au niveau collectif (Perreault, 2006).

Ces changements font en sorte qu'un homme très musclé peut présenter un IMC correspondant à une surcharge pondérale et qu'une femme ayant de fortes hanches peut aussi entrer dans cette même catégorie sans pourtant présenter les problèmes de santé liés au poids mentionnés précédemment. Pourquoi avoir modifié la mesure de l'embonpoint? Cette mesure permet-elle de dresser un portrait réaliste de la situation actuelle?

Bien entendu, Santé Canada, tout comme l'OMS, mentionne que cette mesure présente des variations selon les différentes ethnies, entre les individus, selon le sexe, l'âge et qu'elle ne doit pas être utilisée chez les enfants et les femmes enceintes pour mesurer la prévalence d'obésité ou de surcharge pondérale dans ces deux populations (Santé Canada, 2003). Pourtant, cette mesure est largement diffusée, non seulement chez le médecin, mais aussi dans les centres d'activité physique et dans les médias de l'information. Souvent, aucune précision n'est évoquée quant aux variations de cette mesure et quant au fait qu'il ne s'agit que d'un indicateur parmi d'autres indicateurs tels que le tour de taille, mais aussi le niveau d'activité physique de la personne, ses habitudes alimentaires, ses origines ethniques, etc. Nous appliquons la formule mathématique et nous donnons le verdict en se fiant à la charte de l'IMC de Santé Canada. Est-il possible que cette mesure exagère l'importance de l'actuelle *épidémie* d'obésité et qu'elle masque l'ampleur des autres problèmes de poids comme l'anorexie et la boulimie?

Le Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (GTPPP) a procédé à une évaluation des nouvelles lignes directrices canadiennes pour la classification du poids et il émet plusieurs critiques à leur endroit. Tout d'abord en ce qui concerne l'abaissement de la limite du poids normal de 20 à $18,5\text{kg/m}^2$, il semblerait qu'il n'y ait pas encore d'évidences scientifiques justifiant ce choix et donc qu'il y a un risque quant à l'identification de nombreux « faux négatifs » (GTPPP, 2004). On mentionne en effet le risque d'identifier tardivement les personnes atteintes de troubles alimentaires, particulièrement les jeunes filles qui sont les plus atteintes. De plus, le fait de considérer toute personne se situant entre 25 et 30kg/m^2 d'IMC présente en effet un risque d'inclure des personnes n'ayant aucun problème de santé dans cet intervalle étant donné que ce dernier, selon des études, soit variable quant à sa validité d'une personne à l'autre. Cet outil reste donc contesté dans son utilisation.

Ces lignes directrices conseillent l'utilisation de l'IMC et du tour de taille tel que recommandé par l'OMS (2003). Par contre, les statistiques mentionnées pour la population québécoise en introduction, c'est-à-dire le fait que plus de la moitié de la population québécoise présenterait un excès de poids et que les enfants seraient aussi largement touchés par cette problématique, ne tiennent pas compte de la mesure du tour de taille probablement parce qu'il serait fort fastidieux et coûteux de se présenter chez chaque citoyen québécois pour procéder à une telle mesure.

Ainsi, bien souvent, seul l'IMC est pris en considération lorsqu'il s'agit de dresser un portrait global de la problématique du poids de la population, ce qui suscite déjà nombre de questions et d'enjeux d'ordre éthique quant aux conclusions que l'on peut tirer de ces études de population. Par exemple, le principe de la non malfaisance peut être questionné puisque l'on justifie les actions de promotion de saines habitudes de vie actuelles étant donné le 53% de la population québécoise ayant un surpoids. Toutefois, il est possible que si l'on utilisait la mesure du tour de taille et que l'on tenait compte des variations ayant un impact sur l'IMC (ex : ethnies, ossature, sexe, etc.), le portrait de la situation soit différent et peut-être moins alarmant. Pourrait-on alors justifier la préoccupation parfois excessive de la population québécoise, des spécialistes de la santé et de l'état, à l'égard du poids lorsque l'on considère les conséquences négatives (utilisation de diète à répétition, mauvaise estime de soi, etc.) que cette préoccupation « excessive » peut engendrer si le problème n'est plus à une si grande échelle?

Actuellement, ces préoccupations excessives sont fortement encouragées entre autres par les campagnes médiatiques de promotion de saines habitudes de vie. À la lumière de ce qui vient d'être expliqué, il semble possible que des valeurs très individualistes et narcissiques soient véhiculées par ces campagnes et ce, probablement bien inconsciemment. C'est un exemple d'enjeu pouvant émerger des programmes de promotion de saines habitudes de vie et

c'est pourquoi, une analyse et un questionnement éthique de ces actions semblent tout indiqués.

1.2 *Quelques repères internationaux et locaux*

Il n'est pas simple d'expliquer cette rapide augmentation de l'obésité dans nos sociétés; il s'agit d'un problème complexe, multifactoriel et qui nécessite une analyse micro et macro sociétale. D'autre part, de nombreux acteurs sont impliqués dans la recherche de solutions à ce problème de santé publique, entre autres le gouvernement, les professionnels de la santé, les chercheurs, les industries agroalimentaires, les représentants commerciaux, les professeurs, les représentants des communautés, etc. (ils seront énumérés plus tard dans le texte) et chacun de ces acteurs participe à la compréhension d'une facette du problème. Il est donc nécessaire, pour bien saisir la complexité du problème, de procéder à une analyse selon les différents niveaux d'intervention et selon les différents acteurs impliqués. En effet, lorsqu'un acteur choisit un type d'action de prévention ou de promotion, il adopte implicitement une valeur plutôt qu'une autre (Massé, 2003). Tel que mentionné en introduction, ces choix de valeurs ne sont que très rarement ou jamais explicités. Pourtant, il est possible et envisagé que ces choix influencent nos pensées, nos visions; ils devraient donc, au sein d'une société démocratique, être abordés avec transparence dans une discussion où tous les sujets concernés (entre autres les citoyens québécois, les différents intervenants et les représentants des gouvernements) auraient un droit de parole (Massé, 2003; Mongeau et al, 2005; GTPPP, 2005). À titre d'exemples, mentionnons des valeurs, comme le *bien commun*, la *justice sociale*, l'*équité*, la *bienfaisance*, l'*autodétermination*, le *respect de la vie en santé*, qui risquent d'être présentes au cœur des choix d'interventions des acteurs impliqués dans la *lutte* à l'obésité. Les termes ou expressions employés par les agences de santé publique et les organisations de santé telles que l'OMS ou l'*Association pour la Santé Publique du Québec*

(ASPQ), organisme à but non lucratif, sont aussi porteurs de valeurs et susceptibles de choquer ceux ou celles qui ne partagent pas ces mêmes valeurs ou sont en désaccord.

Prenons par exemple le choix du terme *épidémie* d'obésité. Le dictionnaire Larousse (1993) définit le terme *épidémie* ainsi : « Atteinte simultanée d'un grand nombre d'individus d'un pays ou d'une région par une maladie contagieuse, comme la grippe, le choléra, la fièvre typhoïde, etc. ». Il sous-entend donc une médicalisation de l'obésité, mais aussi que l'obésité est contagieuse tout comme la grippe. Par exemple, un des grands titres d'un rapport publié par l'OMS à ce sujet est : *Controlling the global obesity epidemic* (OMS). Ce terme peut donc soulever des questions qui réfèrent à la responsabilité du citoyen face à son obésité, à son pouvoir d'action quant à ce problème de santé?

Si l'obésité est une maladie et qu'elle est « contagieuse », alors les personnes obèses ne sont pas responsables; doivent-elles plutôt se faire soigner? Pourtant l'approche la plus utilisée pour lutter contre cette *épidémie* passe par le changement des habitudes de vie liées à l'alimentation et à l'activité physique, ce qu'en santé publique on appelle *l'empowerment* des individus. Il s'agit d'une stratégie où l'on cherche à responsabiliser le citoyen, où la tâche lui revient de se prendre en main et donc, où l'on mise sur son autonomie et sa bonne volonté. Il semble de ce fait y avoir potentiellement conflit de valeurs entre l'explication épidémique que l'on donne de la problématique et les solutions d'ordre individuel envisagées. À tout le moins, ces valeurs méritent d'être explicitées pour qu'ainsi les décideurs puissent justifier et expliquer, étant donné que nous vivons en démocratie, le choix d'une intervention centrée sur l'individu alors que l'on explique le problème par des causes se situant plutôt au niveau de l'organisation sociale et politique à l'échelle internationale, nationale, provinciale et régionale, donc des causes à l'égard desquelles l'individu semble peu ou moins en situation de responsabilité.

Dans le but de dresser un portrait général de la situation mondiale actuelle, l'OMS (2003) explique l'augmentation du nombre de personnes présentant un surpoids pondéral, par les changements qui se sont opérés au cœur de nos sociétés durant les dernières décennies. Ces changements sont d'ordre comportemental, environnemental et sociétal. On parle entre autres de l'industrialisation, de la mondialisation, de la transition nutritionnelle de plusieurs pays à économie en émergence et de la diminution de la demande d'efforts physiques due, en partie, à l'usage de plus en plus répandu de la voiture et du transport inactif (OMS, 2003; GTPPP, 2005).

De plus, des variables socio-économiques semblent aussi être liées à cette problématique *d'épidémie* d'obésité. En effet, dans les sociétés dites économiquement avancées, les études démontrent que ce sont les couches les plus pauvres de la société qui présentent davantage de problèmes pondéraux. En ce qui concerne le Québec, les données de *l'Enquête de Santé dans les Collectivités Canadiennes* de 2003 révèlent que « la fréquence d'obésité est plus grande dans le groupe de revenu inférieur comparativement au groupe de revenu supérieur » (GTPPP, 2005, p.6). En effet, 20% des personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires sont considérées comme étant obèses; et 9% seulement des personnes ayant un diplôme universitaire entrent dans cette même catégorie (GTPPP, 2005). L'éducation semble donc aussi être un facteur corrélé à l'augmentation de l'obésité dans la population. Des facteurs d'ordre génétique peuvent aussi être impliqués dans l'explication de l'obésité (Ruppel Shell, 2002 & Pêrusse et al, 1998). Ces facteurs sont extrêmement importants car ils nous rappellent que l'obésité est multidimensionnelle et que divers facteurs doivent être considérés, entre autres l'hérédité, le système social, l'environnement, les politiques, etc.

Tous les acteurs impliqués dans la transmission d'informations liées à la problématique du poids doivent donc faire très attention lorsqu'ils adressent cette information

aux citoyens quant à l'explication de l'obésité afin de ne pas culpabiliser divers groupes de citoyens : ceux qui auraient de saines habitudes de vie et seraient, malgré tout, obèses étant donné leur bagage génétique ou encore ceux qui ne pourraient adopter ces recommandations pour des raisons économiques par exemple. À ce sujet, un article paru dans le Devoir du 24 septembre dernier rappelait que la malbouffe demeurait en général beaucoup moins coûteuse que des fruits et légumes frais. Cet article mentionnait donc l'idée selon laquelle l'État devrait subventionner l'achat de fruits et de légumes puisque leur consommation régulière, selon de récentes études, peut réduire de 30% les risques d'infarctus qui eux sont associés à l'obésité (Deglise, 2006).

Il existe aussi des différences culturelles quant à la définition de la beauté et ces différences ont un rôle à jouer dans la compréhension de ce problème de santé publique. Il n'y a pas si longtemps, la corpulence était synonyme de richesse. Aujourd'hui, elle devient peu à peu synonyme de pauvreté. (Fontbonne, et al, 2003). Les perceptions de l'obésité sont donc diverses et les actions de santé publique devraient tenir compte de cette diversité pour être les plus efficaces possible.

Le cas de l'obésité est en effet multifactoriel et appelle donc une mise en commun des différentes approches, perspectives et connaissances du sujet. La pluralité d'acteurs impliqués dans la problématique du poids entraîne à elle seule son lot de problèmes. À l'heure actuelle, ces acteurs travaillent souvent en vase clos, identifient différentes sources à la problématique et donc, ciblent différentes actions pour solutionner le problème. Par exemple, *l'Association pour la Santé Publique du Québec (ASPQ)* qui est un organisme à but non lucratif, a publié en 2005 un rapport se voulant un guide pour l'action future. Elle cible cinq mesures d'action :

1. l'implantation de politiques alimentaires dans les milieux scolaires;
2. la modification de l'environnement pour favoriser un mode de vie actif;
3. la révision de la réglementation de la publicité destinée aux enfants;

4. la réglementation des produits, services et moyens amaigrissants;
5. et un meilleur financement de la recherche sur la problématique du poids (GTPPP, 2005).

Le gouvernement Charest vient, de son côté, d'annoncer une réforme au niveau des institutions d'éducation. Des politiques alimentaires seraient élaborées d'ici les prochaines années et ce, à tous les niveaux, tant primaire, secondaire et collégial, qu'universitaire (Chouinard, 2006). Du côté de *l'Institut national de santé publique du Québec*, nous retrouvons le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP, qui sera soumis à l'analyse dans la section 3.2) qui préconise des actions telles que des campagnes de communication, la mise sur pied de politiques, l'organisation d'activités de promotion de saines habitudes de vie dans les milieux de vie et le soutien de pratiques cliniques préventives (INSPQ, 2002). Une constante au niveau québécois semble se dégager, la nécessité d'élaborer des politiques alimentaires, du moins pour les institutions d'éducation.

Ce besoin d'élaboration de politiques alimentaires est aussi mentionné dans des publications scientifiques internationales. Par exemple, Davey (2004) mentionne l'échec des interventions de santé publique et des stratégies plus traditionnelles et la nécessité d'effectuer des changements radicaux au niveau des politiques gouvernementales. Cette nécessité est justifiée par l'auteur étant donné l'ampleur que prend la problématique du poids chez les enfants. Davey n'y va pas de main morte en suggérant la taxation de la malbouffe, le rationnement des portions de manière similaire à ce qui se faisait au temps de la 2^e guerre mondiale et la réglementation de toute publicité liée à la malbouffe.

Plusieurs articles et études traitant de l'industrie agroalimentaire et de l'épidémie d'obésité ont été publiés. On y retrouve, entre autres, un article de Tillotson (2004) qui nous rappelle que ce ne sont pas toutes les personnes obèses qui se nourrissent de ce que l'on appelle le *junk food* et donc, qu'il semble inapproprié de jeter tout le blâme sur les

compagnies agroalimentaires commercialisant ce type de nourriture. Il pose aussi une question intéressante : est-ce le marché qui dicte au consommateur quoi consommer ou sont-ce les consommateurs qui dictent aux compagnies quoi commercialiser? Tillotson suggère de collaborer avec l'industrie agroalimentaire dans la recherche de solutions aux problèmes actuels de poids dans nos sociétés plutôt que de voir cet acteur comme étant un ennemi. Il rappelle aussi que la problématique actuelle est complexe et que, pour l'aborder, il faut rechercher une collaboration multidisciplinaire.

Toujours dans cette même veine, Butchko (2004) traitent des parties prenantes de l'épidémie actuelle d'obésité et, encore une fois, de la nécessité d'élaborer des stratégies de coopération entre ces différentes parties prenantes. Cet auteur suggère lui aussi la mise sur pied de politiques au niveau des institutions d'éducation. Butchko conclut en posant une question intéressante et qui implique la collaboration de différents secteurs de la recherche en sciences humaines, notamment en psychologie : pourquoi les gens, même s'ils disposent de l'information concernant les saines habitudes de vie, continuent-ils d'adopter un style de vie et des habitudes néfastes pour leur santé? Des recherches et expérimentations semblent manquer pour pouvoir répondre à cette question. Intuitivement, il semble qu'une piste de réponse réside dans la complexité de la problématique, c'est-à-dire qu'il faut considérer plusieurs autres facteurs, outre l'accès à l'information, pour une meilleure compréhension des problèmes actuels d'obésité. D'autre part, dans divers autres aspects de la vie des gens, le fait de savoir ne mène pas nécessairement à agir; par exemple, il suffit de penser à la consommation abusive d'alcool, de drogues, de cigarettes, la sédentarité, l'utilisation du condom pour n'en nommer que quelques uns. Ainsi, pourquoi serait-ce différent lorsqu'il est question de saine alimentation?

De plus, savoir ne signifie pas comprendre. Le fait d'avoir transmis l'information ne signifie pas que cette information a été comprise par le récepteur. Massé (2003) traite

brièvement de ce problème. Selon lui, pour qu'une personne prenne une décision de façon autonome, il est nécessaire que cette personne agisse : « 1) intentionnellement; 2) avec une compréhension des enjeux; 3) sans contrôle de la part d'influences contrôlantes qui déterminent ses agirs » (p.151). C'est à ce niveau que Massé se questionne quant aux « compétences d'une population à décrypter et comprendre l'information donnée et à partir de quel seuil considérons-nous l'information donnée comme étant suffisante pour garantir des choix éclairés? » (p.152).

Nos choix de consommations et d'adoption de comportements semblent donc dictés par autre chose que l'unique fait de savoir ce qui est bon ou mauvais pour notre santé dans le cas nous intéressant. L'éducation, le statut socio-économique, l'environnement social, les relations interpersonnelles, sont toutes des variables importantes et à considérer lorsque l'on désire introduire un changement de comportements chez les gens. Actuellement, les programmes de promotion de saines habitudes de vie semblent trop souvent s'en remettre uniquement à la transmission d'informations et ne tiennent pas suffisamment compte de ces autres variables.

Dans un autre ordre d'idée, on questionne la vente des produits amaigrissants sans ordonnance dans les pharmacies et la commercialisation de ces produits par des compagnies pharmaceutiques. Il n'existe aucune preuve scientifique quant à l'impact de ces suppléments sur la perte de poids des individus; donc, éthiquement, il est questionnable de vendre ces produits en suggérant que les données scientifiques disponibles permettent d'établir l'effet de ces suppléments sur la perte de poids des individus (Thomas, 2005). D'une part, certains suppléments se sont avérés nocifs pour la santé des individus et, d'autre part, ces suppléments coûtent chers aux citoyens mal informés puisque les preuves scientifiques associées demeurent insuffisantes (GTPPP, 2005).

Le principe d'*utilité* doit être ici invoqué, ce qui nous confronte aux valeurs d'*utilité* et de *bien commun*, mais aussi de responsabilité paternaliste de l'État. Quand l'État se doit-il d'intervenir et quel est le niveau de risque nécessaire pour réglementer? Dans ce cas-ci, si le produit est inoffensif mais inefficace, doit-on permettre sa vente libre en permettant que l'on suggère son utilité? Doit-on exiger que l'État réglemente tous les produits dont on vante les vertus amaigrissantes indépendamment de leur niveau de risque? Ou aisse-t-on au citoyen la responsabilité d'utiliser son jugement critique, de se renseigner quant à l'efficacité et l'innocuité d'un produit? Pour l'instant, Santé Canada se contente d'agir au cas par cas. C'est-à-dire qu'un avis est émis lorsqu'une plainte concernant un produit amaigrissant est reçue par Santé Canada. Il s'agit d'actions réactives et non proactives. Par contre, la réglementation de ce secteur n'est probablement pas prioritaire pour l'instant étant donné la complexité de la problématique du poids; et l'on comprend donc que les efforts soient investis ailleurs tout en maintenant un processus efficace de vérification du risque avant la mise en marché de l'un de ces produits.

Finalement, signalons que Haber et al (2000) ont publié les résultats d'une étude sur l'impact d'un programme de promotion de la santé mis sur pied pour des personnes âgées de 35 ans et plus, étant inactives, ayant un surplus de poids ou ayant des limitations physiques; cette étude comprenait 35 participants ayant terminé le programme en question qui a duré sept semaines, à raison de deux rencontres d'une heure par semaine pendant lesquelles 40 minutes étaient consacrées à la pratique d'activités physiques et, les 20 dernières minutes étaient consacrées à la transmission d'informations concernant l'alimentation saine et la gestion efficace du stress. Les résultats ont indiqué que le programme s'était avéré efficace dans le court terme, mais qu'une fois celui-ci terminé, les gens reprenaient leurs anciennes habitudes. Les auteurs émettent l'hypothèse que ce serait dû à un manque de support social, donc de suivi.

La section 1.2 nous permet de prendre conscience des nombreux aspects importants à considérer lorsque l'on désire comprendre et agir pour améliorer la situation actuelle de l'augmentation pondérale au Québec. Ce qui se fait sur la sphère internationale demeure pertinent à l'étude de la situation actuelle du Québec puisque plusieurs aspects sociaux et géopolitiques sont communs et puisqu'il semble pertinent de s'informer quant à savoir ce qui a été fait ailleurs et quels sont les défis à relever. La section suivante s'intéressera à la situation québécoise et à ses divers acteurs impliqués dans la problématique.

1.3 La situation au Québec : de nombreux acteurs aux valeurs diversifiées

Étant donné la place qu'occupe la problématique du poids actuellement dans nos sociétés, plusieurs acteurs se sont impliqués afin de fournir des pistes de solutions et d'intervention. Dans le cadre de ce travail, 10 secteurs regroupant différents acteurs de la « lutte » à l'obésité ont été identifiés à l'aide du document du GTPPP (2005), et les valeurs sous-tendant leurs stratégies d'intervention seront discutées. Ces secteurs sont :

- **Le gouvernement québécois** : il est un secteur clé car il est celui qui détient le pouvoir d'élaborer des politiques, de décider du financement et de mobiliser les différents partenaires. Les acteurs qu'il comprend se retrouvent dans les autres secteurs d'intervention, mais il semblait opportun de le distinguer des autres afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble des différents secteurs d'intervention.
- **Le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS)** : il est mandaté par le gouvernement du Québec pour tous les dossiers liés à la santé. C'est à lui que revient la tâche de planifier, élaborer et coordonner les différents programmes et de mettre en œuvre les stratégies appropriées. Il représente le palier national

de notre système socio sanitaire de santé au Québec. Les acteurs qu'il comprend sont les professionnels de la santé et les gestionnaires du réseau.

- Le **réseau de santé publique** : il est constitué de professionnels de la santé, de *l'Institut National de santé publique*, mais aussi de chercheurs universitaires. Ce réseau est en constante interaction avec différents secteurs de la société civile, ce qui lui permet de prendre le pouls de la situation telle qu'elle est vécue et d'observer les impacts des programmes et stratégies mis sur pied aux paliers supérieurs.
- Le **milieu scolaire** : il est le milieu regroupant les enfants et les adolescents qui, tel que mentionné précédemment, sont considérés comme des groupes cibles étant donné l'augmentation de la surcharge pondérale dans ces groupes d'âge; et il y a aussi le fait que plus l'obésité est précoce, plus elle est difficile à *combattre* et plus grands sont les risques de développer des maladies associées à celle-ci, d'où l'importance de miser sur la prévention. Les acteurs du milieu scolaire ont le pouvoir d'influencer non seulement les habitudes de vie, mais aussi les normes sociales des futurs citoyens actifs.
- Le **milieu municipal** : ce secteur bénéficie au Québec d'une grande autonomie car il a le pouvoir d'adopter et d'appliquer des politiques et des réglementations, de taxer ainsi que de zoner. Ce secteur peut donc influencer l'offre alimentaire et la pratique de l'activité physique en agissant sur le transport actif et l'environnement physique entre autres.
- Le **milieu de travail** : c'est le milieu de vie des adultes. Les acteurs de ce secteur diffèrent les uns des autres selon les types d'emploi, leur statut au sein de l'organisation ou compagnie, leurs lieux de travail, etc. Par contre, ils ont le pouvoir de mettre sur pied des politiques internes qui favorisent la pratique

d'activités physiques et l'approvisionnement alimentaire. L'organisation de l'horaire des employés peut avoir une influence sur la pratique de l'activité physique de ces derniers à l'extérieur du milieu de travail ainsi que sur les comportements alimentaires (plus ou moins de temps pour préparer les repas par exemple).

- Le **milieu associatif** : ce secteur comprend les organismes sans but lucratif, les organismes non gouvernementaux, les organismes communautaires et ce sont bien souvent des acteurs ayant pour mandat l'amélioration de certains aspects de la qualité de vie des citoyens. Ils ont une grande autonomie puisque ce sont eux qui déterminent leur mission et leurs stratégies d'action.
- Le **secteur agroalimentaire** : on inclut tant les producteurs agricoles que les entreprises de transformation des aliments, les chaînes de distribution, les restaurateurs, les concessionnaires et les traiteurs. Ce secteur détient un grand pouvoir d'influence sur les habitudes de consommation des citoyens québécois. Il importe de le voir comme un partenaire dans la *lutte* aux problèmes de poids plutôt que comme un ennemi des autres secteurs d'intervention.
- Le **secteur socioculturel** : ce secteur comprend les médias de l'information, les agences de publicité et le milieu de la mode. Ce secteur joue un rôle de premier ordre dans la transmission de normes sociales en véhiculant certains modèles auxquels les jeunes et les moins jeunes s'identifient. Il s'agit donc d'un secteur-clé pour modifier les normes sociales en vigueur.
- Le **milieu de la recherche** : il s'agit d'un secteur qui a comme principal objectif le développement et la transmission de connaissances. Ce secteur permet d'évaluer les effets des actions entreprises actuellement, de tester

l'impact d'actions alternatives, mais surtout de mieux comprendre la problématique et ses composantes

(ASPQ, 2003).

1.4 La situation au Québec : les différentes cibles d'intervention, les valeurs présentes et les enjeux susceptibles d'émerger

Il est possible d'identifier d'une part, certaines des différentes cibles d'intervention pour les acteurs impliqués et, d'autre part, les sources potentielles de conflits éthiques. Par exemple, en ce qui concerne les politiques alimentaires et la taxation de la malbouffe, ce type de solution est d'ordre sociétal et révèle une attitude très paternaliste. Cette approche semble être soutenue par la valeur de la justice sociale qui incite à placer tous les individus sur un même pied d'égalité. Les stratégies de taxation font appel à la notion d'incitation, mais aussi à la prescription de ce qui est bien et de ce qui doit être récompensé.

Dans certains milieux d'intervention, entre autres l'ASPQ et le réseau de la santé publique, une tendance semble vouloir s'installer : appliquer à la problématique de l'obésité une stratégie similaire à celle que l'on a adoptée pour la lutte au tabagisme, c'est-à-dire de viser majoritairement les grandes compagnies comme McDonald, Pizza Hut, Burger King, etc. et d'encourager le citoyen à modifier ses habitudes de vie (Cash, 2004). Il s'agit, selon Massé (2003) d'une tendance actuellement en vogue dans les milieux de la santé publique au Québec, entre autres. Il la qualifie d'approche moderne où la responsabilité est attribuée tant à l'environnement qu'aux conditions de vie, dans laquelle une responsabilisation de l'entreprise privée est recherchée et où l'on attend de l'État qu'il intervienne. Toujours selon Massé, cette approche moderne aurait pris son envol suite aux dérives éthiques observées en santé publique, notamment en culpabilisant la victime lorsque son mandat principal en matière de prévention était l'éducation à la santé.

Dans le cas de l'obésité, des poursuites ont été engagées aux Etats-Unis, plus précisément à New York, par deux étudiants, contre *McDonald*. Ces deux étudiants reprochent à la chaîne de restauration de ne pas leur avoir fourni de l'information concernant les risques pour la santé de leurs produits. Des poursuites du même genre ont été intentées contre *Burger King*, *Wendy's* et *Poulet Frit Kentucky* par des personnes atteintes de maladies cardiaques (Cash, 2004).

De nombreuses campagnes de communication sont mises sur pied pour encourager les gens à modifier leurs habitudes de vie, tel que ce fut le cas dans la lutte au tabagisme. De plus, l'ASPQ a soulevé l'idée de former une coalition pour lutter contre les problèmes liés au poids au Québec en rappelant l'efficacité de la *Coalition québécoise pour le contrôle du tabac* dans la lutte au tabagisme (ASPQ, 2005).

Pourtant, les problèmes de la nicotine et de l'obésité ne peuvent être envisagés de la même manière étant donné qu'ils diffèrent grandement dans leurs causes. Dans le cas du tabac, une seule industrie était visée. Dans celui de l'obésité, c'est une armée d'industries à laquelle il faudrait s'attaquer ; aussi, dans la problématique de l'obésité, peut-on parler d'une substance créant une dépendance physiologique comme ce fut le cas pour le tabagisme? Certains auteurs émettent l'hypothèse que le sucre et le gras contenus dans certains aliments entraîneraient ce type de dépendance, mais des études doivent se poursuivre pour établir la nature de ce possible lien (Ruppel Shell, 2002; Fulton et al, 2004).

À première vue, on peut croire que l'adoption d'une solution semblable à celle utilisée pour la lutte au tabagisme sera efficace, car ces deux problèmes sont similaires en plusieurs points, notamment les liens avec les habitudes de vie et un certain monopole des grandes entreprises. Mais cette approche ne prend pas en considération les différentes facettes du problème du surpoids et la complexité de la problématique. Effectivement, les actions de lutte au tabagisme ont connu un certain succès, mais il ne s'agit pas d'une recette applicable par la

suite à tous les problèmes liés aux habitudes de vie des citoyens. Bien que l'on puisse comprendre cette tentation de transférer rapidement une telle solution à une nouvelle situation problématique, il s'avère opportun de bien mesurer les risques d'inefficacité associés à l'application de cette recette peut-être trop facile. D'autre part, une telle approche face à la problématique de l'obésité soulèverait nombre de questionnements éthiques. Par exemple, comment justifier une limitation de l'autonomie individuelle (ex : interdire la vente d'aliments de type *fast food*) aux dépens d'un bien-être potentiel au niveau de la communauté (en justifiant cette interdiction par exemple, par le lien entre les gras *trans* contenu dans ce type d'aliment et une surcharge pondérale)? La question est bien posée par Beauchamp et Steinbock (1999): « quelles sont les justifications qui permettent de limiter la liberté individuelle dans le but de promouvoir la santé publique en tant que bien commun? » (dans Massé, 2003, p.124).

Les stratégies de type individuel, tel que le *Programme de promotion de saines habitudes de vie*, discuté dans la section 1.2 et rapporté par Haber (2005), placent l'individu au cœur de la problématique, ce qui peut ouvrir la voie à ce que l'on appelle en bioéthique le *victim blaming* qui a déjà été abordé entre autres par Doucet (1999) et Massé (2003). Massé attribue cette tendance à culpabiliser l'individu à un contexte social dans lequel les valeurs d'autonomie et de libre arbitre prennent une place considérable. Lorsque la problématique semble se situer au niveau de l'industrie agroalimentaire, c'est alors la conscience sociale des entreprises qui est mise en cause, leur quête de pouvoir et leurs stratégies de marketing. D'une certaine façon, on traite les entreprises comme des individus, des acteurs avec le pouvoir de changer leurs comportements.

Ce ne sont ici que des exemples des différentes cibles d'intervention, d'identification de la problématique et des valeurs que ces choix impliquent. Il s'agit en fait d'admettre que ces choix ne sont pas neutres ou sans intérêt, mais plutôt porteurs de valeurs, tel que

mentionné précédemment, lesquelles influencent ensuite la société, son organisation et son niveau de cohérence. Les citoyens font alors face à des choix porteurs de valeurs qui ne correspondent peut-être pas aux leurs, mais, étant donné qu'ils ne sont pas consultés et que ces valeurs ne sont souvent pas rendues explicite, les citoyens doivent donc les intégrer ou du moins les accepter. Effectivement, on peut soulever le fait que ces derniers pourraient lutter contre, ne pas se conformer, mais dans les faits, une minorité adopte cette option et c'est pourquoi discuter de cet enjeu demeure pertinent. Il s'agit aussi d'analyser l'impact possible de ces choix politiques et, ainsi, de voir s'il s'agit des meilleures stratégies où si d'autres stratégies pourraient s'avérer plus adéquates en fonction des valeurs que les citoyens québécois veulent adopter. Une des complexité concerne la diversité de valeurs présentes au cœur de la population québécoise. Pour réaliser ce projet, il importe donc de bien nommer ces valeurs, de s'entendre peut-être sur quelles sont les valeurs communes et d'importance primaire, ce qui, présentement, ne semble pas être fait systématiquement. Nous aborderons dans le chapitre deux, les aspects méthodologiques ainsi que les choix faits dans le cadre spécifique du travail.

Chapitre 2 : Aspects méthodologiques

2.1 Un cadre de référence : le principisme

Il a semblé opportun de retenir le livre de Raymond Massé, *Éthique et santé publique* (2003) étant donné le lien étroit avec le sujet de mémoire et le fait qu'il s'appuie sur des exemples tirés du contexte québécois de la santé publique. D'ailleurs, c'est suite à la lecture de ce livre que le cadre de référence a été établi. Il s'agit du *principisme* de Beauchamp et Childress (1994), adapté au contexte de la santé publique. Le principisme propose quatre principes fondamentaux, soit : le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice. Ces principes sont perçus par Beauchamp et Childress comme étant « des généralisations normatives qui guident l'action et les décisions à portée éthique dans l'univers des soins de santé » (dans Massé, 2003, p.87). Massé utilise une approche nuancée du principisme qu'il décrit comme étant conscient du contexte complexe et que l'on applique de manière à rendre compte de ce contexte pluraliste (2003). Massé identifie cinq principes regroupant 12 valeurs phares qui guident l'action et qui sont spécifiques au contexte québécois. Ces cinq principes et ces 12 valeurs phares sont présentés dans le tableau 1 ci-dessous tiré de Massé (p.114).

Tableau 1 : Principes et valeurs phares

<u>Principes</u>	<u>Valeurs phares</u>
Autonomie	Auto-détermination, vie privée, confidentialité
Bienfaisance, non-malfaisance	Respect de la vie en santé, faire le bien, non-malfaisance
Justice	Justice, responsabilité
Utilité	Utilité, bien commun
Responsabilité	Bien commun, solidarité, responsabilité paternaliste, précaution

(Massé 2003, p.114)

Ces 12 valeurs phares doivent être comprises comme des guides pour l'action éthique, mais il ne s'agit pas d'un absolu, ni d'une liste exhaustive à rappeler Massé. Elles ne sont pas pour autant aléatoires, mais représentent des valeurs partagées par les sociétés occidentales.

2.2 *Un instrument d'analyse : la grille de Guttman*

La grille d'identification des valeurs encadrées dans les composantes d'une intervention de santé publique de Guttman (2000), que l'on retrouve au tableau 2, servira d'instrument pour l'analyse des trois secteurs d'intervention tel que suggéré par Massé (2003). La première et la dernière composantes de la grille originelle que l'on retrouve dans Massé (p.67) ont été retirées puisque l'analyse du chapitre 3 ne tiendra pas compte de ces deux composantes. Ces deux composantes sont 1) les étapes d'élaboration d'une intervention et 2) la définition des méthodes et des critères d'évaluation. Nous avons retiré ces deux composantes parce que nous ne disposons pas de suffisamment d'informations pour analyser ces composantes pour chacune des interventions ciblées. L'analyse n'en demeure pas moins intéressante et pertinente puisque les quatre composantes restantes concernent le contenu des interventions.

Tableau 2 : Grille d'identification des valeurs encadrées dans les composantes d'une intervention de santé publique de Guttman

	Valeurs explicites et implicites de l'intervention	Valeurs présentant un potentiel de conflit avec la population cible	Valeurs en conflit ou incohérentes à travers les composantes de l'intervention
Définition du problème			
Identification du site du problème			
Identification du site de la solution			
Identification de la stratégie d'intervention			

La grille de Guttman (2000) est basée sur une approche centrée sur les valeurs; il s'agit d'une approche complémentaire, en matière de justification des interventions, à celle plus fréquemment utilisée, c'est-à-dire une approche centrée sur la stratégie. Cette approche plus fréquemment utilisée relève de l'*utilitarisme* plutôt que du *principisme* qui servira de cadre de référence dans le cadre de ce travail tel que mentionné précédemment. L'utilitarisme peut être résumé comme étant un courant percevant la moralité par la maximisation du bonheur et la minimisation de la souffrance. Il s'agit en quelques sortes d'inventorier les avantages positifs et négatifs d'une intervention et de choisir celle qui permet « le plus grand bien pour le plus grand nombre » (Durand, 1997, p. 90).

Cette grille facilitera l'identification des valeurs, des lieux de conflits et des dilemmes éthiques potentiels; elle sera utilisée de façon systématique lors de l'analyse des trois secteurs clé sélectionnés, soit : le gouvernement, le réseau de la santé publique et le milieu associatif.

La grille de Guttman est spécifique aux interventions de santé publique et favorise la mise au jour des valeurs implicites et explicites en jeu dans chacune des composantes d'une intervention sur un problème dit de santé publique. Ainsi, elle facilite l'amorce d'une discussion centrée sur les valeurs. Ces composantes sont :

- Les étapes d'élaboration d'une intervention,
- la définition du problème,
- l'identification du site du problème,
- l'identification du site de la solution,
- l'identification de la stratégie d'intervention et
- la définition des méthodes et des critères d'évaluation.

Par contre, étant donné les objectifs du travail, l'analyse n'inclura pas les étapes d'élaboration d'une intervention ni les critères d'évaluation tel que ce fut mentionné et expliqué précédemment.

2.3 *Un instrument complémentaire élaboré par Massé : la grille d'analyse du contexte général de l'intervention*

Afin de permettre une meilleure utilisation de la grille de Guttman, un tableau (Tableau 3) comprenant des exemples de questions est proposé par Massé pour identifier les valeurs présentes et les enjeux éthiques potentiels selon les différents paramètres de la grille.

Tableau 3 : Grille d'analyse du contexte général de l'intervention de Massé

Nature du problème visé :
<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le problème de santé visé par l'intervention? • Quelles sont les évidences épidémiologiques? Quelle est la pertinence communautaire de ce problème? Quelle importance la communauté lui accorde-t-elle? Quelles sont les connotations culturelles attachées à ce problème par les divers groupes concernés, en particulier par les populations qui en sont victimes?
Contexte général de l'intervention :
<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les composantes administratives, juridiques, syndicales ou politiques du contexte dans lequel doit être mise en œuvre l'intervention? • Quels sont les objectifs, la mission, le mandat de l'institution de santé publique qui en fait la promotion? • Quel est l'état des ressources disponibles pour assurer le succès de l'intervention?
Objectifs de l'intervention :
<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les objectifs généraux et spécifiques visés par l'intervention? • Quelle est la contribution attendue de cette intervention spécifique dans le contexte d'une stratégie plus globale incluant potentiellement plusieurs autres interventions complémentaires?
Nature de l'intervention :
<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les diverses interventions disponibles pour prévenir ce problème? • Quelle est la stratégie retenue, les motifs de choix par rapport aux diverses possibilités? • Quel est le contenu des messages?
Efficacité de l'intervention :
<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le niveau d'efficacité anticipé face au problème de santé visé? • Quels sont les indicateurs pertinents à utiliser pour mesurer cette efficacité? • Quelle est l'efficacité relative par rapport aux interventions alternatives?
Conséquences :
<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des interventions proposées en termes économiques, culturels, sociaux, et ce sur les personnes, les établissements, la communauté? • Quelles sont les conséquences des interventions alternatives?
Enjeux :
<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les enjeux liés à l'intervention et à la non-intervention pour la population-cible, pour la santé publique comme institution, pour les professionnels? • Quel est le plus grand bien en jeu dans l'intervention?

(2003, p.59)

Les choix de ce cadre de référence et de cet instrument d'analyse ne découlent pas d'une analyse exhaustive de la littérature, mais du fait qu'ils correspondent aux objectifs visés par ce travail.

2.4 Clarification de quelques concepts : valeurs, enjeux éthiques et acteurs

Différents concepts seront utilisés à l'intérieur du cadre de référence. Il semble donc opportun de les définir de manière à s'assurer que le lecteur comprenne le concept tel qu'entendu par l'auteur. Tout d'abord, le terme *valeur* est défini comme étant des « croyances durables dans le fait que tel mode de comportement ou finalité de l'existence est personnellement ou socialement préférable à un autre » (Rokeach, 1973 dans Massé, 2003, p.47). À l'aide de la grille d'analyse, il sera possible de faire ressortir les enjeux éthiques pouvant émerger de ces différentes actions de santé publique. Le terme *enjeu éthique* sera lui utilisé tel que défini par Roy et al (1995, dans Massé, 2003, p.54): « croyances contradictoires sur la façon de vivre, sur les valeurs que les personnes et les groupes devraient protéger et sur ce que l'on peut sacrifier lorsqu'on ne peut les respecter tous ». Finalement, dans le cadre de ce travail, le terme *acteur* sera utilisé de façon similaire au texte de l'OMS (2003). Le terme n'est pas défini de manière opérationnelle par l'OMS, mais il sous-entend la définition suivante : toute personne, organisation ou institution impliquées de près ou de loin dans les activités de prévention de l'obésité, de promotion de la santé et de lutte à l'obésité. L'identification des acteurs, quant à elle, a été effectuée à l'aide du document du GTPPP de l'ASPQ (2005), *Les Problèmes reliés au poids au Québec, un appel à l'action*, qui identifie 12 secteurs impliqués dans la « lutte » à la problématique du poids. Dans le cadre de ce travail, nous n'analyserons que trois secteurs; leur choix est discuté dans la prochaine section.

2.5 Le choix de trois secteurs d'intervention à analyser : le gouvernement, le réseau de la santé publique et le milieu associatif

Trois secteurs d'intervention seront analysés à l'aide de la grille de Guttman (2000) :

1) le gouvernement québécois et son programme *Vas-y, fais le pour toi*, 2) le réseau de la santé publique et son *Programme National de Santé Publique* (PNSP) et 3) le secteur associatif, plus précisément, le programme *Bien dans sa tête, bien dans sa peau* du groupe *ÉquiLibre*. Ces choix semblaient s'imposer d'eux-mêmes étant donné la place importante, mais différente qu'occupent ces trois secteurs. Le *gouvernement* regroupe des acteurs clés dans le domaine de la santé, est très impliqué dans la lutte aux problèmes de poids et détient un pouvoir important quant aux réglementations possibles en matière de prévention et de promotion de saines habitudes de vie. Le *réseau de la santé publique* est très près des citoyens et agit auprès des différents groupes d'âge, des différents groupes culturels et des différents groupes socio-économiques. Finalement, le secteur associatif, mais plus particulièrement le groupe *ÉquiLibre*, occupe une place plus indépendante du gouvernement et peut donc se permettre de mettre sur pied des interventions qui diffèrent de la ligne directrice du moment. De plus *ÉquiLibre* est impliqué dans la problématique du poids au Québec depuis vingt ans et connaît donc très bien ce problème de santé publique. Leur programme qui sera soumis à l'analyse est actuellement le seul programme au Québec qui aborde la problématique du poids à l'école secondaire avec les adolescents.

Une fois cette étape franchie, nous amorcerons la discussion sur les ressemblances, les divergences et les sources de conflits et d'enjeux éthiques entre ces différents secteurs pour, finalement, émettre quelques recommandations préliminaires pour la poursuite des actions de prévention et de promotion de saines habitudes de vie en regard de cette problématique sérieuse du poids des Québécois.

Chapitre 3 : Analyse des trois programmes d'intervention

Introduction :

Les chapitres précédents nous ont permis de mieux comprendre qu'elle est la situation actuelle de la problématique du poids au Québec. De plus, nous avons donné un aperçu des différents acteurs en jeu, des valeurs présentes au cœur de ce problème et nous avons pu constater la complexité de ce problème. À cette étape-ci, il s'agit maintenant d'analyser les trois programmes d'intervention choisis en utilisant les instruments d'analyse, soient la grille de Guttman et la grille d'analyse du contexte général de l'intervention de Massé.

En premier lieu, nous situerons le contexte dans lequel le *Programme de promotion des saines habitudes de vie* du gouvernement du Québec a pris naissance, ainsi que le *Programme National de Santé Publique*. Par la suite nous analyserons ces deux programmes d'intervention afin de souligner les valeurs présentes et de discuter des enjeux éthiques pouvant émerger (le cas échéant). Suite à cette analyse, nous procéderons au même type de mise en contexte, mais cette fois-ci, dans le milieu associatif, en expliquant d'abord la mission du groupe *ÉquiLibre*, pour ensuite analyser leur programme d'intervention destiné aux adolescents et implanté en milieu scolaire, soit le programme *Bien dans sa tête, bien dans sa peau* (BTBP).

3.1 Le secteur gouvernemental

3.1.1 Le programme d'action du gouvernement : Briller parmi les meilleurs

Le gouvernement provincial est l'un des acteurs principaux dans la « lutte » aux problèmes de poids des québécois, tel que ce fut mentionné auparavant. C'est à partir des entretiens ayant eu lieu dans le cadre du *Forum des générations* (été 2004) que le programme d'action du gouvernement : *Briller parmi les meilleurs*, a été élaboré. Le *Forum des générations* aura été en fait une occasion pour le gouvernement d'établir ses priorités dans ses

divers champs d'actions pour les années à venir. Ce programme est conçu en fonction des défis, des valeurs et des aspirations qui ont été discernés chez les Québécois et les Québécoises lors des discussions des 19 forums.

Deux défis ont alors été identifiés : 1) assainir la situation des finances publiques du Québec et 2) répondre aux changements démographiques du Québec (Gouvernement du Québec, 2004). Par la suite, quatre champs d'action ont été choisis et identifiés comme étant prioritaires pour le gouvernement de Charest, soit : 1) la santé et les services sociaux; 2) l'éducation, la formation et l'emploi; 3) le développement économique, régional et durable; et 4) la famille et le développement social.

La situation actuelle du poids interpelle chacun de ces quatre secteurs ou champs prioritaires d'actions. En effet, il s'agit d'un problème de santé qui requiert une implication du secteur de l'éducation étant donné que les jeunes sont de plus en plus touchés, que l'on sait que l'éducation est l'une des pièces du puzzle qui permet d'expliquer les problèmes de poids grandissants au Québec et que l'éducation aux saines habitudes de vie constitue une stratégie fort utilisée à l'heure actuelle. Le développement régional pour l'aménagement du territoire de façon à ce qu'il soit plus propice à la pratique d'activités physique et aux transports actifs est une alternative d'action qui est aussi souvent mentionnée. Finalement, on sait que le statut socio-économique a un rôle à jouer dans l'explication des problèmes de poids et le milieu familial constitue l'un des principaux lieux d'apprentissage des habitudes de vie (GTPPP, 2005; Arzel et al., 2005).

Une section du document *Briller parmi les meilleurs* porte sur l'énonciation explicite des valeurs mises de l'avant dans le plan d'action du gouvernement. Ces valeurs sont :

- le respect des libertés individuelles, de l'autonomie des citoyens québécois;
- la justice sociale perçue comme offrant une chance égale pour tous, un appui équivalent à chacun des citoyens québécois et une société solidaire;

- la promotion du développement durable et du développement économique dans le respect de l'environnement et des générations futures;
- le respect des valeurs démocratiques étant au cœur de la société québécoise qui implique l'imputabilité des élus face aux citoyens québécois, leur transparence et leur intégrité;
- et finalement, l'affirmation de l'identité québécoise, ouverte sur le monde et respectant la diversité culturelle (Gouvernement du Québec, 2004).

Suite à l'identification de ces valeurs guidant l'action du gouvernement, sept orientations stratégiques ont été identifiées dont une plus particulièrement qui est directement en lien avec la problématique du poids : « améliorer l'état de santé de la population et rendre accessibles des services sociaux et de santé de qualité » (p.69). Il s'agit, selon le gouvernement, de l'orientation prioritaire dans le cadre de ce plan d'action et, d'entrée de jeu, le document indique que « pour chacun d'entre nous, la santé est la plus précieuse des richesses » (p.71).

Une présomption est ici faite quant à l'égale importance de la santé pour chaque citoyen québécois, mais ce que l'on entend par *santé* n'est pas précisé. D'autre part, on mentionne dans ce document que riches et pauvres sont égaux, au Québec, en matière de santé étant donné l'accès universel aux soins de santé. Or, en ce qui a trait à la problématique du poids au Québec, rien n'est moins vrai. Les pauvres sont plus touchés par l'embonpoint et l'obésité et disposent de moins de ressources (MSSS, 2003).

L'une des stratégies d'action gouvernementale prioritaire dans ce document est *la prévention des problèmes de santé et l'amélioration de la santé publique* au Québec. Dans cette section, les auteurs du document mentionnent l'importance et l'efficacité d'un investissement dans la prévention des problèmes de santé. L'un des enjeux majeurs identifiés en ce qui a trait à la prévention, est l'augmentation du taux d'obésité chez les jeunes et, donc,

l'importance de prévenir le surpoids dans cette population vulnérable. On y suggère d'agir au niveau de l'éducation et dans les autres institutions consacrées à la jeunesse pour tenter de pallier à ce problème de santé publique au sein de cette population vulnérable en particulier. Pour y parvenir, diverses stratégies sont évoquées.

Tout d'abord, la mise en place par le gouvernement d'un programme de mise en forme pour « lutter » contre l'obésité et la sédentarité chez les jeunes et ce, en collaboration avec la *Fondation Chagnon* et le programme *Kino-Québec*. La *Fondation Chagnon* a débuté son financement de projets de société en l'an 2000. Elle s'est donnée comme mission de collaborer à l'amélioration de la santé de la population québécoise en misant sur des actions de prévention de la pauvreté et de la maladie entre autres. Ses cibles prioritaires d'action sont les enfants et leurs parents. Elle voit la santé telle que définie par l'OMS, c'est-à-dire, comme étant un état de complet bien-être tant social, physique que psychologique (www.fondationchagnon.org). De son côté, *Kino-Québec* est un programme qui a été lancé par le gouvernement du Québec en 1978. Sa mission est de faire la promotion d'un mode de vie actif chez les Québécois et les Québécoises (www.kino-quebec.qc.ca). Sa deuxième stratégie est la mise en œuvre d'une campagne publique de promotion de l'activité physique et de ses bienfaits qui a pris forme sous la bannière *Vas-y, fais le pour toi!* (www.vasy.gouv.qc.ca). Finalement, la promotion de saines habitudes de vie grâce au *Programme National de Santé Publique* (PNSP) 2003-2012.

Ces trois stratégies seront analysées à l'aide de la *grille d'identification des valeurs encadrées dans les composantes d'une intervention de santé publique* de Guttman. Les deux premières stratégies se retrouvent en fait fusionnées à l'intérieur du programme *Vas-y*.

3.1.2 Le programme de promotion des saines habitudes de vie du gouvernement du Québec : Vas-y, fais-le pour toi!

Ce programme a officiellement été lancé le 15 novembre 2004 pour une durée estimée de trois ans. Il s'agit de la mise en œuvre par le gouvernement du Québec, des deux premières stratégies mentionnées auparavant. En effet, ce programme comporte à la fois l'implantation d'un programme de promotion de vie active (la 1^{ère} stratégie) et une campagne publique de promotion de l'activité physique (la 2^e stratégie). Le programme *Vas-y* implique de nombreux partenaires gouvernementaux, soient : le MSSS, le groupe Kino-Québec et le Ministère de l'agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ). Le ministère de l'Éducation, des loisirs et des sports (MELSQ) semble aussi être impliqué, mais son rôle dépend de sa propre initiative.

3.1.2.1 Analyse du programme *Vas-y*

Tout d'abord, interrogeons-nous quant à la nature du problème visé. L'embonpoint et l'obésité sont considérés comme un problème de santé publique non seulement au Québec, mais à l'échelle internationale. On parle aujourd'hui d'épidémie d'obésité (OMS, 2003). Au Québec seulement, 57% de la population québécoise aurait un surplus de poids et plus d'un enfant sur cinq présenterait ce même problème (Mongeau, et al., 2005). Cette surcharge pondérale est mesurée à l'aide de l'IMC et de la mesure du tour de taille. De plus, le surpoids est un facteur de risque connu associé à plusieurs maladies chroniques qui engendrent des coûts de santé très élevés tel que ce fut mentionné dans le chapitre premier. La population québécoise paraît de plus en plus concernée par ce problème de santé publique. Selon un sondage mené en janvier 2005 par le GTPPP, une grande partie de la population québécoise (52%) considérerait que l'obésité est un problème de santé important. Par contre, lorsque l'obésité est comparée à d'autres problèmes sociaux ou de santé, tels que la criminalité chez

les jeunes ou le cancer, on ne lui accorde pas le même niveau d'importance. On peut donc dire que l'obésité n'est pas un problème social hautement prioritaire aux yeux des Québécois ayant répondu à ce sondage, soit 1,000 citoyens Québécois. De plus, la majorité des personnes sondées croient qu'il s'agit d'un problème individuel plutôt que sociétal (GTPPP, 2005). Finalement, il s'avère important de mentionner le fait que l'on ne semble pas connaître les différences culturelles (s'il y en a) quant aux perceptions de cet enjeu de santé publique.

Suite à cela, une analyse du contexte général de la situation permet d'avoir un portrait plus précis de la situation actuelle. Mentionnons en premier lieu que nous faisons face à un problème de surconsommation alors que l'offre alimentaire est à son sommet. Les gens sont continuellement bombardés de publicité qui les encourage à consommer, entre autres de la nourriture considérée comme malsaine ; on retrouve partout des chaînes de restauration rapide qui les incitent à manger en leur offrant des repas de gros format à moindre coût. Les spécialistes qualifient notre environnement d'*obésogène* pour illustrer cette situation d'abondance et de surconsommation (OMS, 2003; GTPPP, 2005). Paradoxalement, la norme sociale de beauté est à la minceur. D'un côté, on encourage les gens à consommer de grandes quantités et de la nourriture hypercalorique et, de l'autre, on véhicule des images de minceur et d'idéal souvent inatteignable pour la majorité d'entre nous. Ce double message est assez contradictoire. Nous retrouvons donc un grand nombre de personnes adoptant des comportements alimentaires néfastes pour leur santé tant physique que mentale (régime drastique, anorexie nerveuse, boulimie, obsession de la minceur). De plus, selon certaines études, ces comportements alimentaires dangereux auraient été corrélés avec l'obésité (Field, et al, 1999). Dans un tout autre ordre d'idée, mais toujours en lien avec le contexte général de la situation, notons que nous retrouvons des boissons gazeuses et des aliments considérés comme étant malsains (croustilles, frites, poutine, hot-dog, etc.) dans les écoles, donc faciles d'accès aux enfants. De plus, l'étalement urbain fait en sorte que les déplacements actifs sont

de plus en plus difficiles et abandonnés. D'autre part, la *malbouffe* est moins coûteuse si l'on considère le rapport prix/quantité. En effet un article publié dans le Devoir confirme que pour le même prix, une personne obtient une plus grande quantité de nourriture si elle achète des aliments considérés comme étant de la mabouffe que si elle achète, par exemple, des fruits. (Deguise, 2006). Finalement, la dure conciliation travail-famille doit aussi être prise en considération. En effet, étant donné que de plus en plus de mères travaillent à temps plein, nombre de ménages ne préparent pas leur repas et ne mangent pas ensemble (Bédard, Dubois, & Girard, 2005). Les enfants mangent donc plus fréquemment devant la télévision ou l'ordinateur; des études ont démontré que le fait de manger en faisant autre chose parallèlement amenait les gens à absorber de plus grandes quantités de nourriture car ils ne sont pas conscients de leurs signaux de satiété (Matheson et al, 2004 in Bédard, et al, 2005). Toujours en lien avec le travail, mais cette fois-ci avec sa nature, mentionnons le fait qu'auparavant, le travail quotidien des gens était beaucoup plus actif. Aujourd'hui, un grand nombre de personnes travaillent toute la journée en position assise, ce qui fait en sorte que les gens ont un mode de vie plus sédentaire. De plus, plusieurs services sont maintenant disponibles à distance; par exemple, faire son épicerie via internet avec possibilité de livraison à la maison ou commander des films par antenne satellite. Une plus grande utilisation de la voiture explique aussi cette diminution du niveau d'activité dans la vie des gens. Bref, il s'agit d'un problème multifactoriel complexe. Bien sûr, la promotion et la protection de la santé est une mission relevant du MSSS et des acteurs qu'il regroupe, mais tous les autres secteurs-collaborateurs et tous les acteurs mentionnés auparavant sont interpellés par le contexte général de l'intervention.

Quels sont les objectifs de l'intervention? L'objectif du gouvernement du Québec par la mise sur pied du programme *Vas-y*, est de « faire en sorte que le plus grand nombre de Québécoises et de Québécois redécouvrent, au quotidien, le plaisir de bouger et celui de bien

manger » et ce, dans le but de lutter contre la sédentarité et l'augmentation de la surcharge pondérale dans la population québécoise (www.vasy.gouv.qc.ca). Pour y parvenir, on vise : 1) l'intégration au quotidien de 30 minutes d'activités physiques; 2) le soutien des milieux scolaire et municipal et des entreprises qui mettront en place des environnements favorables à l'activité physique; 3) l'intégration d'une consommation quotidienne d'au moins 5 portions de fruits et légumes; 4) à faire connaître la gamme des fruits et légumes du Québec accessibles et disponibles sur les marchés et 5) à favoriser de bonnes pratiques de manipulation des aliments (www.vasy.gouv.qc.ca). Le gouvernement s'attend donc à une participation d'autres acteurs du milieu pour atteindre ces objectifs, entre autres les écoles, les municipalités et les entreprises. Il s'agit en conséquence d'une intervention de collaboration avec le milieu. Cette stratégie s'insère dans un programme plus vaste, celui du gouvernement : *Briller parmi les meilleurs* (2004) présenté précédemment, qui s'appuie aussi sur le PNSP pour l'atteinte de ses objectifs. Ainsi, l'évaluation du programme devra se faire conjointement avec l'évaluation du PNSP et par l'évaluation des interventions des milieux collaborateurs, c'est-à-dire les écoles, les municipalités et les entreprises ayant mis sur pied des programmes de promotion de saines habitudes de vie.

Finalement, il importe de se questionner quant à la nature de l'intervention. Il s'agit ici, d'une campagne publique de promotion de saines habitudes de vie en se fiant sur la transmission d'informations et le partenariat. L'information est véhiculée entre autres et en grande partie sur le site web du programme. De plus, le personnage *Vas-y* est présent lors de différents événements pour faire la promotion de saines habitudes de vie et nous avons pu l'apercevoir dans des publicités à heure de grande écoute à la télévision. Il s'agit donc d'une intervention qui mise sur la transmission d'informations, c'est-à-dire d'une intervention d'éducation sanitaire ou de persuasion (Massé, 2003).

En ce qui a trait à l'efficacité de l'intervention, mentionnons qu'une campagne publique de promotion de la santé a été mise sur pied et a connu un certain succès dans le cadre de la lutte au tabagisme. D'ailleurs, le réseau de la santé publique s'appuie sur cette réussite pour encourager des actions similaires (GTPPP, 2005). De plus, ce type d'intervention est recommandé dans un document de l'OMS (2003). Ce document prône l'implication des dirigeants politiques dans le cadre de tribunes publiques ou de journées mondiales de la santé ainsi que la collaboration des autres secteurs d'intervention. D'autre part, il y est conseillé d'opter pour une stratégie de transmission d'information et d'éducation de la population. Ce document vient donc appuyer le programme *Vas-y* du gouvernement du Québec. Par contre, on ne connaît pas les modes d'évaluation choisis pour ce programme ni quand l'évaluation de celui-ci est prévue.

Quant aux conséquences, elles diffèrent selon la cible. D'abord, pour les citoyens, on peut espérer qu'ils modifient leurs choix alimentaires et qu'ils adoptent un style de vie plus actif au quotidien. Il est pertinent de croire que certains parents feront des pressions sur les commissions scolaires pour qu'elles adoptent une politique alimentaire, étant donné que de plus en plus de citoyens semblent être d'accord pour l'élaboration d'une telle politique dans la foulée des résultats obtenus au sondage Crop-La Presse en 2005 au sujet, entre autres, de la *malbouffe* dans les écoles primaires et secondaires. Toutefois, certains citoyens peuvent aussi rester insensibles à ces messages de promotion de saines habitudes de vie et ne pas se sentir concernés puisque des études ont démontré que nos messages de santé publique ne réussissaient souvent pas à rejoindre une grande partie de la population (Massé, 2003). Les enfants ne seront rejoints par cette intervention qu'indirectement par le biais des parents; en effet, c'est à eux que s'adresse l'information véhiculée et les enfants ne seront interpellés directement que si leur école décide de mettre sur pied un projet en collaboration avec le

programme. Par contre, puisqu'il s'agit d'une stratégie populationnelle, les résultats attendus ne sont donc pas tant au niveau d'individus ciblés que de l'ensemble de la population.

Pour ce qui est des conséquences attendues et pouvant être espérées par le gouvernement, il suffit qu'un certain nombre de citoyens modifient leurs habitudes alimentaires et leurs niveaux d'activité physique, ne serait-ce qu'un tout petit peu, pour que le gouvernement puisse espérer observer une diminution des coûts de santé. En effet, lorsque l'on adopte une stratégie populationnelle, des changements minimes au niveau de l'individu peuvent engendrer des modifications énormes au niveau de la population (Massé, 2003).

En ce qui a trait aux enjeux présents, mentionnons que celui qui est au cœur de la problématique du poids pour le gouvernement du Québec se situe au niveau des coûts de santé associés aux maladies chroniques liées à la surcharge pondérale. En effet, ces maladies nécessitent des traitements coûteux et ce, tout au long de la vie car, étant donné l'avancement de la science dans le domaine de la santé, les gens vivent de plus en plus longtemps, donc nécessitent de plus en plus de traitements et ce, pour des durées prolongées (GTPPP, 2005). Le fait que les enfants soient aujourd'hui touchés par des problèmes de santé chronique comme le diabète de type 2 est très inquiétant puisque ces enfants nécessiteront des traitements coûteux pendant de nombreuses années étant donné leur jeune âge (Freddman et al., 2001). De plus, on sait qu'une fois l'obésité installée, il est difficile de retrouver un poids santé et qu'il s'agit d'un risque de mort prématurée (Engeland, et al., 2003). Par contre, ce type d'intervention soulève des enjeux au niveau du droit au choix de son mode de vie, donc du droit à l'autodétermination. D'autre part, des enjeux de justice sociale et de justice distributive peuvent aussi être soulevés. En effet, on peut se demander qui est rejoint par ces messages de promotion de saines habitudes de vie et pourquoi ce problème de santé publique est considéré plus prioritaire qu'un autre comme le sida ou le suicide. De plus, des questions de participation citoyenne, donc de bien commun, sont aussi au cœur de cette problématique

quant au choix de ces priorités et des moyens mis en place pour y faire face. Finalement, le fait qu'une stratégie d'intervention populationnelle n'ait que peu d'impact au niveau de l'individu peut engendrer plusieurs questions chez les citoyens. Ces derniers pourraient se demander pourquoi financer une intervention ne leur rapportant que peu d'avantages au plan personnel. Il s'agit d'un enjeu éthique entre les valeurs d'autonomie et de bien commun.

Tableau 4 : Mise au jour des valeurs en jeu dans le programme Vas-y

	Valeurs explicites et implicites de l'intervention	Valeurs présentant un potentiel de conflit avec la population cible	Valeurs en conflit ou incohérentes à travers les composantes de l'intervention
Définition du problème :	Promotion de la santé et du bien-être; Bien commun; Utilité/efficacité;	Respect de la différence, de l'autre; Autonomie; Autodétermination; Transparence; Utilité; Conformité;	Globalement, au niveau du site du problème, on identifie l'environnement comme étant une cause majeure de l'augmentation pondérale dans la société québécoise. Par contre, au niveau du site de
Identification du site du problème et du site de la solution:	Responsabilisation des individus; Autodétermination; Discipline personnelle; Utilité; Bien commun;	Respect de la différence; Droit à l'autodétermination; Indépendance; Égalité; Équité; Protection des vulnérables; Conformité;	l'intervention, on cherche à responsabiliser le citoyen pour que ce dernier adopte des comportements sains. La notion d'utilité peut aussi être perçue très différemment par le citoyen et le gouvernement. Ce qui est utile et efficace pour le gouvernement est un
Identification des stratégies d'intervention :	Responsabilisation des individus; Discipline; Autodétermination; Respect de la vie en santé; Utilité/efficacité;	Autonomie; Autodétermination; Bienfaisance; Justice; Utilité;	changement au niveau de la population qui lui, occasionne peu d'avantages au niveau de l'individu. De plus, puisque les interventions dépendent souvent de la collaboration du milieu, la notion de justice sociale est ici soulevée.

3.1.2.2 Discussion des enjeux éthiques présents

Dans la définition du problème par le gouvernement du Québec, des valeurs justifient explicitement le choix de la prévention de l'obésité par la lutte à la sédentarité et l'adoption de saines habitudes alimentaires. En effet, est présente la valeur relative à la promotion de la santé et du bien-être de la population ainsi que du bien commun puisque cette intervention s'adresse à la population québécoise en général. Par contre, on retrouve aussi des valeurs implicites à la définition de ce problème. Les valeurs d'utilité et d'efficacité sont au cœur du choix de cette cible d'intervention comme étant prioritaire pour le gouvernement. Malheureusement, la justification de ce choix n'est point mentionnée, mais il semble évident que si le gouvernement cherche à diminuer l'augmentation pondérale au niveau de la population, c'est entre autres pour des questions budgétaires. La surcharge pondérale coûte très cher au gouvernement et menace la survie de notre système de santé tel que mentionné au chapitre 1. Effectivement, selon des études effectuées aux États-Unis et en Grande-Bretagne, si rien n'est fait pour freiner l'augmentation de l'obésité et donc des conséquences qui lui sont associées, les gouvernements se retrouveront en faillite (National Audit Office, 2001; Lakdawalla et al, 2005). Pour ce qui est du Canada, on estimait en 2005, une perte de revenus du gouvernement de un demi milliard de dollars internationaux attribuables aux maladies cardiovasculaires et au diabète, des maladies qui sont associées à l'obésité (GTPPP, 2005).

Ces valeurs et ces enjeux explicites et implicites pourraient engendrer un conflit éthique avec la population-cible tel qu'illustré dans le tableau 5. Cette dernière pourrait y voir une menace à son autonomie et à son droit à l'autodétermination. En effet, la population-cible pourrait percevoir une demande implicite de conformité quant à la définition de ce qu'est la santé et ne pas partager cette définition de la santé qui réfère uniquement à la santé physique, ou ne pas y voir une priorité. D'autre part, des citoyens qui ont une surcharge pondérale ou sont obèses, pourraient ressentir une culpabilisation liée à leur mode de vie ainsi qu'un

manque de respect, d'empathie et un manque d'outils et de pouvoir, pour faire en sorte d'agir et de changer leur situation. Finalement, certains pourraient y déceler une absence de la valeur reliée au respect de la différence de forme corporelle.

En ce qui a trait aux valeurs d'utilité et d'efficacité, les citoyens pourraient y voir une absence de transparence de la part du gouvernement québécois dans la justification de l'intervention étant donné qu'on ne mentionne pas l'importance du fardeau économique découlant de la surcharge pondérale de la population. Le fait d'agir sur un problème de santé publique parce que cet dernier est coûteux pour notre système de santé ne constitue pas un mauvais choix en soi. Il peut tout à fait se justifier par l'état actuel de nos finances publiques ainsi que par des valeurs d'équité intergénérationnelle reliées à la volonté de maintenir pour les générations futures la gratuité des services de santé dont nous bénéficions actuellement. Par contre, la population cible est en droit d'exiger que le gouvernement explicite cette justification afin que celle-ci puisse être discutée.

Au niveau de l'identification du site du problème et de la solution, plusieurs valeurs sont explicites et implicites. On identifie comme site du problème, les changements intervenus dans l'environnement et dans les modes de vie des gens tel que mentionné dans le tableau 4. Quant au site de la solution, il s'agit plutôt de l'individu puisque le gouvernement a opté pour une intervention véhiculant de l'information et se voulant éducative. Un volet concerne plus particulièrement les environnements dans lesquels les citoyens québécois vivent, mais ce volet dépend de la participation de divers collaborateurs et reste donc incertain et variable dans sa mise en œuvre. Ainsi, des valeurs encore une fois de responsabilisation et d'autodétermination ou de discipline sont au cœur du site de l'intervention. En effet, on mise sur la transmission d'informations pour que le citoyen québécois décide de modifier ses comportements, donc pour qu'il se prenne en main en quelque sorte.

Une belle illustration de la présence de ces valeurs d'autodétermination et de responsabilisation est le slogan de ce programme, *Vas-y, fais-le pour toi!* Il est à lui seul porteur de valeurs implicites et explicites. Il s'adresse aux individus et utilise la forme directive. Il réfère donc à l'autonomie des citoyens québécois, à leur capacité de faire de « bons » choix, bref à leur responsabilisation. Ce slogan peut donc engendrer un conflit avec la population ciblée tout comme le choix du site de l'intervention. En effet, ces derniers pourraient se sentir coupables de ne pas adopter les comportements promus par cette intervention. Si le citoyen québécois ne fait pas d'activité physique, ne mange pas ses cinq portions de fruits et légumes par jour, cela signifie-t-il qu'il ne se soucie pas de lui, de sa famille?

Des questions d'équité, d'égalité et de protection des plus vulnérables peuvent aussi être soulevées par la population cible. Pour décider de modifier ses comportements, le citoyen doit d'abord comprendre les messages véhiculés. D'autre part, si l'on ne demande qu'au citoyen de changer ses habitudes de vie alors qu'on sait que la problématique du poids est complexe et multifactorielle, comment peut-on prétendre être utile et efficace? Ne place-t-on pas alors une lourde responsabilité sur les épaules du citoyen? Bien sûr, on demande la collaboration d'autres secteurs pour ainsi agir de façon concertée. Par contre, quels seront les secteurs qui mettront en place des interventions allant dans ce sens? Ne risque-t-on pas de créer une inégalité sociale? Les secteurs étant aux prises avec de multiples problèmes sociaux par exemple la violence, la pauvreté, la toxicomanie, etc, risquent de considérer que la problématique du poids n'est pas prioritaire pour eux à l'heure actuelle. Les résidents de ces secteurs ne bénéficieront donc pas des interventions que d'autres secteurs, ayant moins de problématiques sociales, pourront élaborer. La même logique peut s'appliquer aux écoles qui choisiront ou non d'établir des activités de collaboration. Ainsi, si ce sont les tranches sociales les plus défavorisées qui présentent davantage une surcharge pondérale, ne risque-t-on pas

d'agrandir l'écart existant entre les divers paliers socio-économiques? On est donc confronté à un enjeu de justice sociale. Ces questions doivent être discutées par des représentants de la communauté, des agents du réseau de la santé publique, du gouvernement, des personnes obèses, etc. En fait, c'est toute la société québécoise qui devrait être impliquée puisque l'intervention s'adresse à elle.

Finalement, au niveau du choix des stratégies d'intervention, elles ont déjà été discutées précédemment dans le cadre du choix du site de l'intervention puisqu'elles sont interdépendantes. Mentionnons cependant que, pour ce qui concerne le Ministère de l'éducation, loisirs et sport du Québec (MELSQ), il serait souhaitable de s'interroger sur l'opportunité d'une stratégie centralisée dans une perspective de justice surtout pour cette population vulnérable que sont les enfants et sur laquelle il s'avère d'autant plus possible d'agir en prévention étant donné que l'on peut tous les rejoindre dans un milieu commun : l'école. Cet aspect sera discuté dans la conclusion.

3.2 *Le réseau de la santé publique : le Programme National de Santé Publique*

Le PNSP est « la principale mesure prévue par la Loi sur la santé publique (LSP), adoptée en décembre 2001, pour orienter les activités en santé publique organisées aux niveaux national, régional, local » (MSSS, 2003, p.1). Il fait référence à l'article 431,1 de la *Loi sur la santé et les services sociaux* du Québec où l'on mentionne que le ministre de la santé a pour mandat d'élaborer un plan pluriannuel en collaboration avec les différents secteurs impliqués et selon les priorités de santé préalablement établies. Dans le cadre de ce travail, le PNSP de 2003-2012 sera soumis à l'analyse uniquement pour la partie s'intéressant au domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques en général et, plus particulièrement, aux objectifs et interventions liées à la prévention de l'augmentation

pondérale dans la population québécoise et de ses conséquences qui ont été mentionnées au chapitre 1.

3.2.1 Analyse du PNSP 2003-2012

La nature du problème visé au Québec concerne les maladies associées à la surcharge pondérale soit la sédentarité, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, le diabète et l'obésité qui eux sont des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires qui représentent la première cause de mortalité et d'hospitalisation au Québec (MSSS, 2003). Dans le programme, on mentionne qu'« un enfant sur quatre au Québec présente un facteur de risque modifiable de maladies cardiovasculaires » (p.42). En effet, l'obésité est en forte croissance au Québec et elle est qualifiée d'épidémique au Canada, chez les adultes et chez les enfants (MSSS, 2003). De plus, l'obésité est un facteur de risque du diabète de type 2 et elle est associée à l'hypertension. Toujours selon le PNSP, « la proportion d'adultes obèses est passée de 8,3% à 12,4 % entre 1987 et 1998 » (p.43). De plus, l'embonpoint contribuerait à 51% des cas de diabète de type 2, à 27% des cas de cancer de l'endomètre et à 18% des maladies coronariennes au Canada (MSSS, 2003). On y apprend aussi que la proportion de personnes âgées entre 20 et 64 ans ayant un embonpoint a augmenté de 45% entre 1987 et 1998 (MSSS, 2003). Paradoxalement, on y mentionne, qu'en 1998, 8% des ménages ont vécu une situation d'insécurité alimentaire (MSSS, 2003). Dans ce groupe, 23% étaient des familles monoparentales alors que 10% des jeunes ne mangeaient pas suffisamment. Puisque l'activité physique est étroitement liée à l'obésité, le PNSP s'inquiète du fait que 45% des personnes âgées de 15 ans et plus n'atteignent pas le niveau minimal d'activité physique recommandé, soit 30 minutes d'activités physiques modérées par jour.

En ce qui a trait au contexte général de l'intervention, mentionnons en premier lieu que les représentants de la santé publique et le PNSP ont pour mandat de mettre sur pied des

interventions visant la promotion, la prévention et la protection de la santé de la population et/ou de groupes cibles (vulnérables) de la population. Un cadre éthique est prévu dans la LSP et doit guider l'élaboration des programmes d'intervention. De plus, des valeurs et des principes éthiques y sont explicités, soient : le bien commun, la bienfaisance, la non-malfaisance, l'autonomie, le respect de la confidentialité et de la vie privée, la responsabilité, la solidarité, la protection des individus, des groupes et des communautés vulnérables et la justice. Chacune de ces valeurs et chacun de ces principes éthiques sont définis de façon opérationnelle dans le PNSP 2003-2012. Afin de bien cerner le contexte, il faut d'abord prendre en considération les multiples déterminants de la santé qui influencent le développement de maladies chroniques associées à l'obésité. Ils comprennent des facteurs biologiques, individuels, psychosociaux, comportementaux et environnementaux. De plus, selon le PNSP et d'autres acteurs impliqués dans la problématique du poids, les personnes de milieux défavorisés sont davantage affectées. On y reconnaît ainsi que l'un des obstacles principaux à une saine alimentation est l'accès des individus à celle-ci en quantité suffisante pour assurer une sécurité alimentaire (MSSS, 2003). Le PNSP mentionne à ce sujet que « ...les habitudes de vie ne sont pas simplement le résultat d'un choix individuel ou d'une maîtrise personnelle des conditions qui permettent de faire des choix éclairés en faveur de la santé... » (p.44).

Les objectifs des interventions développées dans le PNSP sont nombreux. L'objectif général de ce programme en ce qui a trait au domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques est d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé, de réduire l'incidence des maladies chroniques et leurs conséquences, que ce soit au niveau de la morbidité et de la mortalité précoce, et, finalement, « d'engendrer des bénéfices appréciables pour la santé de la population (MSSS, 2003, p. 45) ». Des objectifs spécifiques ont toutefois été établis pour les différentes facettes de ce domaine. Le programme prévoit d'ici 2012 :

- Diminuer de 3% par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires;
- Réduire de 30% l'incidence du diabète;
- Réduire la prévalence de l'excès de poids de 28% à 22% et celle de l'obésité de 13% à 10% chez les adultes en plus de prévenir l'excès de poids et l'obésité tant chez les enfants que chez les adolescents;
- Augmenter à 80% la proportion de personnes consommant au moins 5 portions de fruits et de légumes par jour;
- Réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8%;
- Augmenter la pratique régulière de l'activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans;
- Augmenter de 5% la proportion de personnes âgées de plus de 15 ans atteignant le niveau recommandé d'activité physique (MSSS, 2003, p.45).

En ce qui a trait à la nature de l'intervention, plusieurs types d'interventions sont retenus pour l'atteinte des objectifs spécifiques ci-haut mentionnés. Il y a d'abord, l'organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie, dont la saine alimentation et la pratique régulière d'activité physique. Cette activité est à mettre en place et a été déployée en 2003 avec le programme *Vas-y* qui a fait l'objet de l'analyse précédemment dans le cadre de ce travail. Tel que mentionné auparavant, il s'agit d'une intervention de type *éducation sanitaire* ou de persuasion (Massé, 2003). Ensuite, une révision de la *Politique québécoise en matière de nutrition* (1977) et des *Orientations en matière d'alimentation dans le milieu scolaire* (1988) et leurs mises en œuvre a été choisie. Encore une fois, cette activité reste à mettre en place et devait être déployée entre 2003 et 2005. Ce ne fut pas le cas; par contre, on attend sous peu le dévoilement d'une politique alimentaire par le MELSQ. Cette intervention fait plutôt appel à une stratégie de type

renforcement des réglementations (Massé, 2003). Puis, le PNSP vise une consolidation des actions relatives à la concertation locale et régionale en sécurité alimentaire qui mise sur l'accessibilité et la disponibilité d'aliments sains et nutritifs. On y mentionne que cette activité existe déjà, mais qu'elle est à consolider. Par contre, on ne sait pas à quelle activité déjà implantée ils font référence précisément. Il s'agit d'une stratégie de *collaboration* ou de *partage des responsabilités* (Massé, 2003). D'autre part, le PNSP fait la promotion de la création d'environnements et de contextes d'activités sécuritaires et accessibles favorisant la pratique régulière d'activités physiques d'intensité modérée. Encore une fois, on y mentionne que cette activité existe déjà, mais qu'elle est à consolider. Dans ce cas-ci aussi, on ne sait pas exactement à quoi ils font référence (agrandissement du réseau cyclable de Montréal, réaménagement des parcs?). Ce type de stratégie fait référence aux solutions de type environnemental (Massé, 2003). Une autre intervention souhaitée est la conception et l'organisation dans les écoles primaires et secondaires d'activités axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie dans le cadre d'une intervention globale et concertée en promotion de la santé et en prévention. Idem aux deux précédents : fait-on référence au programme *école en santé*, à celui *Bien dans sa tête, bien dans sa peau*, aux initiatives mises sur pied par chaque institution d'enseignement (MSSS, 2003)? Une fois de plus, on réfère à une stratégie d'*éducation sanitaire*, mais aussi de *collaboration* ou de *partage des responsabilités* (Massé, 2003).

Au niveau de l'efficacité de l'intervention notons que certaines activités sont nouvelles et d'autres sont reconduites. En ce qui concerne l'efficacité des activités à mettre en place, elle s'appuie sur des études scientifiques, entre autres du groupe *Kino-Québec* (2004), mais aussi de l'OMS (2003) qui préconise ces différentes initiatives (campagnes promotionnelles, politique alimentaire, implication des communautés) pour la promotion de saines habitudes de vie et la prévention des problèmes de poids, particulièrement l'embonpoint et l'obésité. On

peut aussi supposer que si le PNSP de 2003-2012 reconduit des activités qui faisaient partie du programme précédent, c'est parce qu'elles se sont avérées efficaces. Par contre, on ne mentionne pas de références quant aux évaluations du PNSP précédent. Le PNSP indique qu'une évaluation des activités du programme est prévue. On souhaite évaluer l'implantation, faire un suivi des indicateurs socio-sanitaires et, pour certaines activités, on envisage la possibilité d'effectuer des études évaluatives afin de documenter l'influence des variations contextuelles sur les différentes composantes de l'activité et de sa mise en œuvre, par exemple. D'ailleurs, une évaluation de l'implantation du programme *Vas-y* devait être terminée à ce moment-ci puisque cette activité prenait fin en octobre 2006. Cette évaluation demeure introuvable à l'heure actuelle.

Les conséquences attendues de la mise en œuvre du programme et de ses activités spécifiques vont de pair avec les objectifs spécifiques visés. On espère que la mise en œuvre de ces différentes activités permettra d'atteindre les objectifs visés, donc de favoriser une amélioration du niveau de santé des gens, une diminution de la morbidité et de la mortalité. Ce sont les prochaines enquêtes de santé de la population qui nous permettront de faire un bilan.

L'enjeu ultime ici est la prévention des maladies chroniques. Le mandat de la santé publique est la prévention, la promotion et la protection de la santé de la population. Elle n'a pas pour mandat d'agir au niveau individuel. Ainsi, sa préoccupation vise d'abord le bien commun qui sera parfois privilégié au détriment de libertés individuelles, ce qui peut susciter certaines frustrations et conflits au niveau des citoyens québécois qui pourraient percevoir que l'on bafoue ainsi leurs libertés individuelles. Un enjeu plus spécifique à l'obésité concerne le fait que les personnes étant déjà obèses disposent de peu de ressources pour les aider et qu'aucune activité n'est mise sur pied pour ces personnes qui, pourtant, forment un groupe vulnérable tant au niveau de leur santé physique qu'au niveau des préjugés pouvant émerger

de la mise sur pied d'activités de promotion de saines habitudes de vie, mais aussi du sentiment de culpabilité qu'elles peuvent ressentir face à leur condition.

Tableau 5 : Mise au jour des valeurs en jeu dans le programme PNSP

	Valeurs explicites et implicites de l'intervention	Valeurs présentant un potentiel de conflit avec la population cible	Valeurs en conflit ou incohérentes à travers les composantes de l'intervention
Définition du problème :	Bienfaisance; Respect de la vie en santé; Bien commun; Protection des vulnérables; Justice sociale; Responsabilité; Utilité/efficacité;	Responsabilité; Utilité/efficacité;	Un premier conflit entre la définition et l'explication de la problématique et le choix des stratégies d'intervention prend racine dans le fait que l'on mentionne très clairement le rôle du statut socioéconomique
Identification du site du problème et du site de la solution:	Responsabilité; Respect de la vie en santé; Bienfaisance; Solidarité communautaire; Paternalisme;	Autonomie/autodétermination; Solidarité communautaire/justice sociale;	dans l'incidence des maladies chroniques et qu'aucune activité ne vise particulièrement la réduction des inégalités en étant dirigée spécifiquement vers ce groupe plus vulnérable.
Identification des stratégies d'intervention :	Autonomie; Respect de la vie en santé; Responsabilité paternaliste; Solidarité communautaire;	Autonomie/autodétermination; Solidarité communautaire/justice sociale;	D'autre part, la santé publique a aussi pour mandat de réduire les problèmes de santé et les problèmes psychosociaux, mais aucune mesure n'est envisagée pour venir en aide aux personnes souffrant déjà d'obésité et nécessitant des activités autre que de prévention. De plus ces personnes pourraient se voir stigmatiser par les activités et les messages de promotion de saines habitudes de vie ou ressentir de la culpabilité. Bref, un enjeu est présent quant à la justice, l'équité et la non-malfaisance.

3.2.3 Discussion des enjeux éthiques présents

Au niveau de la définition de la problématique par le PNSP de 2003-2012, on retrouve plusieurs valeurs qui d'ailleurs sont explicitées dans le programme comme étant des repères éthiques pour l'action en santé publique. La définition de la problématique s'appuie d'abord sur des données épidémiologiques qui illustrent la gravité du problème, mais aussi sur les liens de chaque habitude de vie avec la maladie ou le risque d'être malade. Cette définition de la problématique s'appuie sur des valeurs de promotion de la vie en santé et de bien commun puisqu'on fait référence ici à des statistiques populationnelles.

On y mentionne aussi que diverses variables font partie du problème et doivent être prises en compte pour une meilleure compréhension de celui-ci : entre autres les facteurs biologiques, psychosociaux et environnementaux. On souligne le fait que les personnes de statut socioéconomique plus faible sont plus affectées par ces maladies chroniques. Un souci de justice sociale, de bienfaisance et de protection des plus vulnérables est au cœur de cette préoccupation.

Les représentants de la santé publique reconnaissent leur responsabilité dans la prise en charge de cette problématique ainsi que le rôle qu'ils ont à jouer en collaboration avec d'autres acteurs du milieu (Direction de santé publique ou DSP, Centre local de service communautaire ou CLSC, organismes communautaires, etc). C'est ici un sentiment de responsabilité paternaliste qui oriente ce positionnement face au constat de l'état de santé de la population et de ses causes. Par contre, un aspect semble être absent dans l'explication de la préoccupation grandissante du gouvernement face à cette problématique et au statut prioritaire qu'on lui donne. Cet aspect est celui des finances publiques qui a été abordé préalablement. En effet, un souci d'utilité et d'efficacité explique l'aspect prioritaire des actions de promotion de saines habitudes de vie et de prévention de l'obésité car, tel que mentionné

précédemment, le problème du poids au Québec coûte cher à notre système de santé et menace la survie de la qualité et de la gratuité de celui-ci. De plus, si on souhaite que les générations à venir puissent bénéficier d'un système de santé au moins aussi efficace que celui auquel nous avons accès, ce souci financier est nécessaire. Alors, pourquoi ne pas le mentionner? Cette question pourrait susciter un questionnement au niveau de la population quant à la transparence du gouvernement dans l'explication de ses cibles d'action. Finalement, pour terminer avec l'aspect de la définition de la problématique, certains individus pourraient être dérangés par ce souci de responsabilité paternaliste du gouvernement tel que ce fut le cas dans l'histoire du Québec précédemment. On peut se questionner quant à savoir où s'arrête la responsabilité du gouvernement, dans ce cas-ci, de la santé publique, envers ses citoyens et où commence celle de ce citoyen? À ce niveau du questionnement éthique, il s'agit de débattre d'autonomie et de bien commun, un débat très actuel et où il s'agit de discuter des zones grises.

Pour ce qui est de l'identification du site du problème, tout comme ce fut le cas précédemment, on l'identifie d'abord comme étant environnemental et les mêmes enjeux que ceux qui sont présents dans le programme *Vas-y* se répètent. En effet, on situe la solution grandement au niveau de l'individu puisque la campagne *Vas-y* fait partie des activités du PNSP de 2003-2012. Toutefois, puisque le PNSP est vaste, des actions sont aussi prévues au niveau des collectivités selon la participation des communautés régionales. Ainsi, des valeurs de solidarité, de bienfaisance, de bien commun et de communautarisme sont présentes. Toutefois, ces mêmes valeurs peuvent présenter un conflit au niveau de la population. En effet, certaines communautés moins actives ou étant aux prises avec d'autres problématiques pourraient se voir dans l'impossibilité de mettre sur pied les activités prévues dans le PNSP ou avoir un budget moindre et donc ne pas pouvoir offrir un éventail comparable d'activités. Elles pourraient donc soulever des questions de justice sociale.

Les stratégies d'intervention privilégiées par le PNSP 2003-2012 sont l'*empowerment* des populations par l'éducation sanitaire, entre autres, la réglementation, les solutions de type environnementales et le partage des responsabilités à travers le réseau. Par contre, seule la première et la dernière stratégie sont réellement implantées pour le moment. Ainsi le programme mise sur diverses stratégies; ce qui, on peut le supposer, permet de maximiser l'atteinte des objectifs visés et de rejoindre un plus grand éventail de la population. En effet, si certains ne s'identifient pas à une stratégie d'*empowerment*, peut-être qu'une stratégie d'éducation sanitaire ou l'implication d'autres acteurs permettront d'atteindre les objectifs visés. De plus, le fait de miser sur plusieurs stratégies fait en sorte que plusieurs valeurs sont au cœur des actions ce qui va de pair avec le programme qui explicite de nombreuses valeurs comme guidant ses choix d'actions. Cela permet donc d'expérimenter différentes approches et peut-être de rejoindre un plus grand nombre de personnes.

Des enjeux d'ordre éthique sont par contre présents au cœur des choix d'activités en fonction des problématiques énoncées. Tout d'abord, un manque de clarté dans les documents disponibles nous empêche de pousser l'analyse à un niveau qui se situerait au cœur de chacune des activités car, les activités en soi ne sont jamais nommées. On ne fait que dire quel type d'activité est privilégié. Même lorsque l'activité existe déjà et qu'on ne suggère qu'une consolidation de celle-ci, aucune référence n'est faite quant à la nature exacte de cette activité. Ainsi, il devient difficile de savoir quelles ont été ses répercussions et ce qu'en pense la population qui en a bénéficié jusqu'à ce jour.

De plus, au niveau de l'évaluation toujours, on mentionne dans le programme que des évaluations sont prévues aux trois cycles du programme soit 2003-2005, 2006-2008 et 2009-2012. Puisque nous sommes en 2006, une évaluation de l'implantation des activités du programme aurait dû être complétée. Peut-être est-ce le cas, mais nous n'y avons pas eu accès. Certaines activités reliées au domaine des maladies chroniques et aux habitudes de vie n'ont

pas encore été mises en place alors que l'on mentionnait qu'elles le seraient entre 2003-2005. Nous faisons référence particulièrement à la révision de la *Politique québécoise en matière de nutrition* et des *Orientations en matière d'alimentation dans le milieu scolaire*. Pourquoi avoir choisi de privilégier la mise en œuvre de la campagne *Vas-y* plutôt que la révision de la politique et des orientations? Ce choix implique un choix de valeurs. En effet, on choisit une action qui demande au citoyen québécois de se prendre en main (autonomie) pour atteindre les objectifs visés plutôt qu'une action qui ne demande pas au citoyen de changer quoi que ce soit, mais modifie son environnement et particulièrement celui des enfants (responsabilité paternaliste, justice, équité). De plus, on peut questionner l'efficacité d'un tel choix. En effet, lorsque l'on procède par réglementation, c'est toute la population qui est touchée et ce, peu importe son statut socioéconomique surtout lorsqu'il s'agit des enfants. On s'assure ainsi de les rejoindre tous, peu importe leurs milieux, leurs statuts socioéconomique, leurs habitudes de vie, etc, car nos lois font en sorte que tous les enfants de 16 ans et moins vont à l'école. C'est un bel exemple d'un choix d'intervention qui implique un choix de valeurs et qui soulève un enjeu éthique; ce qui vient confirmer la nécessaire présence de la discussion et de la pensée éthique dans l'élaboration et la mise en œuvre d'interventions de santé publique.

En terminant, mentionnons qu'un groupe vulnérable semble être, une fois de plus, laissé de côté; il s'agit des personnes obèses ou ayant de l'embonpoint. En effet, toutes les actions sont orientées vers la prévention des problèmes de poids et la promotion de l'activité physique, mais aucune n'offre de l'aide aux personnes ne pouvant bénéficier de ces actions puisqu'elles ont déjà de l'embonpoint ou de l'obésité. Pourtant, l'un des mandats de la santé publique est de réduire les problèmes de santé et les problèmes psychosociaux (MSSS, 2003). De plus, selon les données épidémiologiques, ce groupe n'est pas minoritaire puisqu'il représente 57% de la population au Québec (GTPPP, 2005). Les enfants ayant une surcharge pondérale ou obèses ne semblent pas non plus être pris en compte. Il est nécessaire d'agir en

prévention, cela va de soi, mais il est tout aussi important d'offrir un soutien aux personnes présentant la condition en question, particulièrement dans le cas de l'obésité, où certains préjugés sont présents et peuvent donc affecter la santé globale de la personne.

Concernant ces préjugés, les activités de santé publique faisant la promotion de saines habitudes de vie doivent être élaborées de manière à ne pas venir renforcer les croyances erronées concernant l'obésité ou l'embonpoint des gens. Les concepteurs de ces activités doivent aussi être conscients du risque de susciter un sentiment de culpabilité chez les personnes faisant de l'embonpoint ou obèses; ce qui vient appuyer la nécessité de mettre sur pied des actions spécifiques pour ce groupe vulnérable. Sinon, la valeur de la non-malfaisance peut être questionnée.

3.3 Le milieu associatif : le programme Bien dans sa tête, Bien dans sa peau (BTBP) du groupe d'action sur le poids ÉquiLibre.

Avant de procéder à l'analyse du programme, une brève présentation du groupe d'action sera faite afin de situer le lecteur et ainsi de mieux comprendre la nature de ce programme d'action sur la problématique du poids au Québec. Par la suite, nous procéderons à l'analyse du contexte général du programme ainsi qu'à l'analyse des valeurs pour terminer par une discussion concernant les valeurs se dégageant de l'analyse.

3.3.1 Le Groupe d'action sur le poids ÉquiLibre et son programme BTBP

ÉquiLibre est un organisme à but non lucratif regroupant des professionnels de la santé et des membres de la population. Ce groupe existe depuis 1987 et se prénomme jusqu'en 2004 : *Collectif action alternative en obésité*. Il est composé de professionnels de la santé provenant de différents domaines, entre autres des nutritionnistes, infirmières et kinésiologues, ainsi que de membres de la population. Il a pour mission : « de favoriser la

prévention et la diminution des problèmes reliés au poids et à l'image corporelle au Québec » (www.equilibre.ca). Son financement provient en grande partie du MSSS et de Santé Canada. On apprend sur leur site web qu'en 2005, cet organisme était le seul qui s'intéressait spécifiquement à la problématique du poids et de l'image corporelle au Québec. Leur approche face à la problématique du poids s'appuie sur des fondements scientifiques et admet que l'obésité est une condition multifactorielle nécessitant des actions multifactorielles. Notons ici que le terme *condition* et non *problème* est utilisé pour parler de l'obésité, ce qui les distingue entre autres de l'OMS et de Santé Canada qui utilisent les termes *épidémie* et *problématique* pour parler de l'obésité et de l'embonpoint.

Le programme BTBP a pris naissance en 1996 grâce à un financement accordé par Santé Canada pour l'élaboration d'un programme s'adressant aux jeunes. Suite à cette première année d'implantation, c'est la *Direction générale de la Santé publique* du MSSS qui a pris le relais pour le financement afin de permettre la survie du programme. L'école *Le Prélude* de Mascouche devient alors le lieu d'implantation du projet-pilote qui s'étalera sur une durée de 5 ans. Par la suite, les instruments pour la mise en place du programme sont élaborés : un guide d'implantation, un cédérom et une bannière, pour ainsi permettre à d'autres écoles d'implanter le programme. En 2002, Santé Canada offre une subvention pour l'implantation du programme en milieu urbain, défavorisé et multiethnique. Le programme est donc implanté à Montréal dans deux écoles secondaires du quartier Villeray.

3.3.1.1 Analyse du programme *BTBP*

La nature du problème visé par le programme BTBP est celle de la problématique du poids chez les adolescents du Québec. Il semblerait en effet qu'environ 60% des jeunes âgés entre 13 et 16 ans sont insatisfaits de leur image corporelle alors que la majorité d'entre eux ont un poids considéré comme étant normal ou inférieur à la moyenne. De plus, la moitié des jeunes sautent des repas dans le but de maigrir et le quart des jeunes jeûnerait pendant toute la

journée dans cette même optique (Ledoux et al., 2002 dans BTBP). On apprend dans le dépliant du programme BTBP (EquiLibre, 2004) que le quart des adolescentes de poids normal ou inférieur à la normale tente de maigrir et près de 40 % essaye de contrôler leur poids. D'autre part, on a associé la pratique de régimes alimentaire en période de croissance à de l'anxiété, de la dépression, à une faible estime de soi et à une dévalorisation personnelle (Pesa, 1999). De plus, des études ont démontré que la pratique de régimes alimentaires à un jeune âge était associée à une plus grande susceptibilité de développer un surpoids à l'âge adulte (Field et al., 2000; Stice et al., 1999). Autre facteur préoccupant et mettant la santé de nos jeunes en danger est le fait que plusieurs jeunes font usage du tabac dans le but de maigrir (Institut de la statistique du Québec, 2001).

En ce qui concerne le contexte général de l'intervention, il est similaire à celui du programme Vas-y et du PNSP discuté en 3.1.2 et en 3.2, mais concerne plus directement les adolescents. Ces derniers vivent dans un environnement *obésogène* tout comme leurs parents (GTPPP, 2005). En effet, leur mode de vie est aussi devenu plus sédentaire au fil du temps, ils consomment plus fréquemment de la restauration rapide ou des aliments pré-préparés qui contiennent souvent plus de matières grasses et de sucre, ce qui favorise un gain de poids. En parallèle, les modèles corporels sociaux sont à la minceur pour la femme et à la super-musculature pour l'homme. Ces modèles sont très présents en occident étant donné qu'ils sont véhiculés par d'importantes industries telles que celles de l'amaigrissement, de la mode, de la télévision, du cinéma et de la publicité (EquiLibre, 2004, GTPPP, 2005). Ces deux modèles ne correspondent pas à la réalité physiologique du corps humain. De plus, le surpoids est l'une des rares caractéristiques physiques qu'il est socialement acceptable de critiquer ouvertement (Stunkard et Sobal, 1995; Thompson et al., 1999). En effet, il n'est pas rare d'entendre commenter le panier d'épicerie d'une personne corpulente ou son assiette au restaurant. De plus, les journaux et les revues populaires mentionnent fréquemment le poids

d'une vedette alors que cette information n'a souvent aucun lien avec le sujet de l'article. Ainsi, les jeunes sont de plus en plus préoccupés par leur poids et la peur de devenir obèse vient accroître cette préoccupation excessive. Il y a une perte du sentiment de sécurité à l'égard du poids et du corps. Cette préoccupation excessive à l'égard de son poids a des répercussions sur la santé, en particulier chez les jeunes. La croissance peut être perturbée, le risque d'obésité est accru, un mal-être général peut être ressenti et les activités de la vie quotidienne peuvent devenir sources d'anxiété : par exemple, les repas, le moment de s'habiller, les activités sportives, etc (Schaefer et Mongeau, 2000; Hirsh et Liebel, 1998; in EquiLibre, 2004). Ils peuvent aussi en venir à adopter des comportements dangereux pour leur santé tels que le fait de fumer, de prendre des produits amaigrissants, des suppléments chez les garçons pour gagner en musculature, le fait de s'entraîner de manière excessive, de se priver de manger, etc. (EquiLibre, 2004). On sait aussi que l'image corporelle est intimement liée à l'estime de soi d'une personne (Bariaud et al, 1999). Puisque certains programmes avaient été élaborés pour agir sur l'obésité et l'obsession de la minceur, mais aucun ne s'adressait spécifiquement aux adolescents, la nécessité d'en élaborer un s'est fait sentir. Santé Canada a donc offert une subvention en 1995 pour la mise sur pied d'un programme s'adressant aux jeunes du secondaire étant donné l'importance de la problématique du poids dans cette population.

Le programme a comme objectif général de promouvoir l'estime de soi chez les jeunes, mais aussi l'adoption d'attitudes et de comportements sains à l'égard de son image corporelle, de son poids, de l'alimentation et de l'activité physique. Il amorce une réflexion chez les jeunes et les adultes sur le culte de l'apparence physique. Il veut les outiller pour les aider à reconnaître l'influence des modèles sur l'estime de soi, le rapport au corps, à l'alimentation et à l'activité physique. L'objectif central est d'amener le jeune, mais aussi l'adulte à prendre conscience du regard qu'il porte sur lui, sur les autres et à prendre conscience des mentalités,

des croyances et des préjugés qui l'éloignent du sentiment d'être bien dans sa tête et bien dans sa peau. L'adulte est amené à prendre conscience de son rôle comme modèle auprès des jeunes et à développer ses habiletés de soutien auprès de ces derniers (EquiLibre, 2004).

En ce qui a trait à la nature de l'intervention, mentionnons d'abord que le programme BTBP est le seul programme au Québec ayant comme objectif de promouvoir une image corporelle saine et de prévenir l'apparition des problèmes reliés au poids (obésité et obsession de la minceur) chez les adolescentes et les adolescents (EquiLibre, 2004). La philosophie à la base de ce programme est « d'être et de demeurer en santé quel que soit son poids. » (p.7). Il s'agit d'un programme s'inspirant du modèle écologique et participatif. Le modèle écologique a été développé et appliqué pour la première fois par Urie Bronfenbrenner en 1979 en psychologie du développement. Pour résumer les principes à la base de ce modèle, notons que l'individu est perçu comme étant en constante interaction avec son milieu. Cette relation implique que l'environnement écologique de la personne l'influence constamment. Bronfenbrenner a divisé l'environnement écologique en quatre sous-systèmes, soient :

- Le microsystème qui comprend la famille et ses composantes.
- Le mésosystème qui comprend les réseaux sociaux dont le milieu scolaire et le voisinage.
- L'exosystème qui désigne les instances administratives, légales et politiques.
- Le macrosystème qui inclut, les croyances, les valeurs et les idéologies étant au cœur de la vie et de l'organisation sociale.

Le développement est vu comme étant non seulement intrapsychique mais aussi intimement lié aux interactions de l'individu avec son milieu. Cette approche s'est avérée efficace dans le cadre d'implantations de programmes en milieu scolaire et dans la mise en œuvre de programmes de promotion de la santé, entre autres par le MSSS lors de la mise sur pied de

son programme *Naître égaux, grandir en santé* (1995). Plusieurs travaux de groupes qui interviennent en santé au Québec viennent appuyer le choix de cette approche (MSSS, 1995).

Le programme BTBP a une structure qui permet de la souplesse dans sa mise en œuvre afin de faciliter l'adaptation aux particularités du milieu. Par contre, les valeurs de base du programme doivent être présentes. Le programme est conçu pour être implanté progressivement sur une durée de trois ans à l'aide d'une personne-ressource alors que les deux années suivantes servent à consolider l'implantation et à favoriser le développement de l'autonomie du milieu. Le modèle est implanté selon la volonté de l'école. L'initiative peut venir du CLSC, de l'école ou de la communauté, mais la décision finale revient toujours à la direction de l'établissement. La trousse d'implantation et d'intervention du programme comprend un guide d'intervention, un catalogue d'images sur cédérom et la bannière du programme que l'on propose d'installer lors des activités. Différents types d'activités sont organisés selon les milieux, par exemple : des stands d'information et de sensibilisation dans les écoles, des activités en classe, des événements spéciaux parascolaires ou communautaires, des activités de formation pour le personnel de l'école et la communauté, des actions visant la modification de l'environnement de l'école. Différents thèmes sont abordés lors de ces activités, entre autres : l'alimentation, le recours aux diètes, l'activité physique, la connaissance de son corps, la sexualité, le tabagisme, l'estime de soi, l'image corporelle, la réflexion critique face aux médias, aux stéréotypes, aux modèles sociaux, le respect de soi et des autres, l'ouverture à la différence, l'autonomie et la responsabilité ainsi que la réussite scolaire (p.13). Il s'agit donc d'une stratégie d'intervention d'*empowerment*, d'éducation sanitaire et de partage des responsabilités ou de collaboration (Massé, 2003).

Des évaluations du programme sont prévues et ont été effectuées afin de vérifier l'efficacité du programme. À l'heure actuelle, selon les évaluations effectuées par le groupe *ÉquiLibre*, un bilan général positif est fait du programme. Des évaluations formelles ainsi que

des évaluations effectuées par les personnes ressources des différents établissements scolaires ont été réalisées. Une évaluation effectuée par la *Direction de santé publique de Québec* dans deux écoles de cette région a permis de constater qu'après trois ans, le programme était solidement installé dans les deux écoles. Des évaluations du programme ont aussi été effectuées dans les deux écoles de la région métropolitaine en milieu ethnique et défavorisé. Il en est ressorti qu'il n'y avait pas de différences entre les groupes ethniques quant à la sensibilisation des élèves. Par contre, les intervenants doivent s'assurer de respecter certaines règles lors des activités du programme de façon à ne pas heurter les différentes croyances et de manière à intéresser tous les jeunes, et ce, peu importe leur culture et leur religion. L'évaluation des effets du programme auprès des jeunes n'a pu encore être effectué, mais elle est envisagée.

Plusieurs conséquences sont attendues et possibles suite à l'implantation du programme. Certaines concernent les élèves participant au programme et d'autres concernent les adultes étant soit impliqués dans la mise en œuvre du programme ou étant en contact avec des élèves qui participent au programme. Pour les élèves, le programme permet : d'amorcer une réflexion critique concernant les valeurs, les modèles et les préjugés entourant la problématique du poids chez les adolescents, de comprendre les mécanismes de régulation du poids, le fait que toutes les personnes ne sont pas constituées de la même manière et que nous ne pouvons donc avoir le même poids, de les aider à développer une meilleure estime d'eux-mêmes, un plus grand respect à leur égard, mais aussi à l'égard des autres et ainsi, développer une meilleure perception de soi, d'éviter que certains adolescents à risque n'adoptent des comportements nocifs pour leur santé et pourrait encourager les personnes ayant déjà adopté de tels comportements (malsains) à aller chercher de l'aide. Pour ce qui est des adultes, le programme permet de prendre conscience du rôle de modèle et du pouvoir qu'ils ont sur les perceptions, les attitudes, les croyances des adolescents. De plus, le

programme peut les amener à prendre conscience de leur propre rapport à leur corps, de leur estime d'eux-mêmes et de leurs comportements et attitudes face à l'alimentation et à l'activité physique.

Certains enjeux sont présents comme ce fut le cas pour les deux programmes analysés précédemment. L'enjeu ultime ici, c'est la prévention de l'adoption de comportements malsains à l'égard de son poids, comportements ayant des répercussions sur la santé et le bien-être des jeunes. D'autres enjeux sont aussi présents au cœur de ce programme, entre autres le développement d'une image corporelle positive, une meilleure compréhension des mécanismes régularisant le poids, une meilleure connaissance des habitudes saines et malsaines de contrôle du poids, mais surtout l'acceptation de la diversité des modèles corporels et la résistance aux pressions sociales par le développement de son autonomie. Par contre, on retrouve des enjeux éthiques au niveau de la justice sociale puisque ce programme n'est pas présent dans toutes les écoles secondaires, mais seulement dans celles ayant eu l'initiative de l'implanter ou ayant bénéficié d'un soutien pour l'implantation. De plus, puisque la problématique du poids est présente chez des jeunes âgés d'à peine neuf ans, un enjeu au niveau de l'efficacité de cette approche de prévention est réel puisqu'aucun programme n'est développé à l'heure actuelle dans les écoles primaires.

Tableau 6 : Mise au jour des valeurs en jeu dans le programme BTBP

	Valeurs explicites et implicites de l'intervention	Valeurs présentant un potentiel de conflit avec la population cible	Valeurs en conflit ou incohérentes à travers les composantes de l'intervention
Définition du problème :	Promotion de la santé et du bien-être; Bienfaisance;		On identifie le site du problème plutôt au niveau de l'environnement qualifié d' <i>obésogène</i> alors que le site de l'intervention est situé au niveau de l'individu. Certains pourraient questionner l'utilité d'un tel programme puisqu'il ne vise pas la perte de poids alors que l'obésité est associée à de nombreux problèmes de santé chronique. De plus, l'intervention n'est qu'au niveau secondaire, mais des enfants âgés de 9 ans ont aussi des comportements à risque et bénéficieraient d'une telle intervention. Des questions de justice distributive et d'utilité peuvent ici être soulevées. Finalement, l'intervention n'a été mise sur pied que dans quelques écoles, encore une fois un enjeu de justice distributive est présent.
Identification du site du problème et du site de la solution:	Protection des vulnérables; Respect de la différence; Bien-être; Autonomie;	Utilité; Justice;	
Identification des stratégies d'intervention :	Bien-être; Plaisir; Compassion; Bienfaisance; Autonomie; Respect;	Utilité/efficacité;	

3.3.2 Discussion des enjeux éthiques présents

Au niveau de la définition du problème par le groupe *ÉquiLibre*, des valeurs de promotion de la santé, de bien-être et de bienfaisance sont présentes. Il ne semble pas y avoir de conflit pouvant émerger avec la population cible, c'est-à-dire les adolescents d'abord, mais aussi les parents de ces adolescents et le personnel scolaire ainsi que la communauté. On ne peut être contre la vertu et, en effet, la problématique du poids est présente chez les jeunes, sous diverses formes (obésité, obsession de la minceur, préoccupation excessive). Aussi, la

façon dont le groupe *ÉquiLibre* la décrit est empreinte de compassion et donc, ne semble pas pouvoir soulever de conflits dans une communauté pour laquelle les jeunes sont une population importante.

En ce qui a trait à l'identification du site du problème et de la solution par contre, certaines questions et conflits peuvent être soulevés. On décrit le problème comme venant en grande partie de l'environnement dans lequel évoluent les jeunes. On parle d'environnement *obésogène*, mais aussi des médias, de l'industrie de la mode, des préjugés, etc. Pourtant, encore une fois, l'intervention se situe au niveau de l'individu. Le programme mentionne que, s'il est possible pour l'école d'envisager des modifications au niveau de l'environnement, par exemple des cafétérias, alors l'intervention n'est que plus efficace, mais ce type de modification de l'environnement n'est qu'appuyé et non élaboré et ce, probablement pour des raisons financières, mais aussi d'organisation. En effet, puisqu'il revient à la direction de l'école d'accepter l'implantation du programme, les personnes ayant élaboré le projet ont probablement voulu le faire de façon à ce qu'il puisse être appuyé dans le plus grand nombre d'établissements possibles. Si on y avait inclus des modifications de type environnemental (élaboration d'une politique alimentaire, modification de l'environnement dans lequel les repas sont pris, achat de supports à bicyclettes pour n'en nommer que quelques un), il est probable que plusieurs établissements scolaires n'auraient pas eu les ressources nécessaires pour mettre le programme sur pied.

Puisqu'il s'agit d'adolescents, on les considère comme étant d'autant plus vulnérables aux modèles véhiculés dans les médias ainsi que dans l'industrie de la mode. Le site de la solution quant à lui, se situe au niveau de l'individu, l'adolescent d'abord et avant tout mais aussi toutes les personnes avec lesquelles il interagit. On demande à ces individus ciblés d'intégrer des valeurs de respect de la différence, de bien-être, mais aussi d'autonomie face à ses choix.

Le fait que le programme BTBP ne vise pas la perte de poids chez les personnes ayant un surplus pondéral, mais désire plutôt aider les jeunes à se sentir bien peu importe leur poids peut engendrer un conflit au niveau de jeunes ayant un surplus de poids et désirant obtenir de l'aide pour maigrir. Les parents de ces jeunes pourraient mettre en doute l'utilité d'un programme visant le bien-être puisque, peut-être selon eux, la santé passerait d'abord par un poids moindre et une apparence selon les normes sociales. Ce ne sont que des hypothèses, mais elles permettent de discuter des valeurs au cœur de ce type d'intervention qui se distinguent de celles discutées auparavant, c'est-à-dire le programme *Vas-y*.

Finalement, au niveau de la stratégie d'intervention, elle comprend des valeurs phares telles le bien-être, le plaisir, la compassion, la bienfaisance, l'autonomie et le respect. Tel que mentionné dans le tableau 7, ce programme utilise différentes stratégies d'intervention, soit l'*empowerment*, l'éducation sanitaire et le partage des responsabilités. On remarque ici une cohérence avec la façon dont le groupe *ÉquiLibre* décrit la problématique du poids. En effet, les concepteurs parlent d'une problématique multifactorielle (voir ci-haut). À ce niveau, tous les acteurs s'entendent. Par contre, le programme BTBP semble mieux intégrer cette caractéristique en utilisant plusieurs types de stratégies d'intervention plutôt qu'un seul. Cette présence de plusieurs types de stratégies explique la présence de plusieurs valeurs au cœur de ces différentes approches. L'*empowerment* accorde une grande valeur au développement de l'autonomie des personnes. L'éducation sanitaire de son côté nous réfère plutôt à la notion de bienfaisance, présentée comme dictant des conditions permettant un plus grand bien-être, en se référant à des savoirs experts. Du côté du partage des responsabilités, on y retrouve les valeurs de compassion, de plaisir, mais aussi de respect de soi et des autres (Massé, 2003). Dans le cadre de ce programme, la communauté, les membres de l'établissement scolaire et les jeunes sont appelés à collaborer ensemble.

Lorsqu'on analyse ce programme, peu de critiques semblent pouvoir être émises sur le contenu, mais plusieurs peuvent être soulevées quant à sa mise en œuvre. Par exemple, on peut se demander pourquoi la mise en œuvre du programme n'est pas centralisée au MEQ et, ainsi, rendue accessible pour tous les établissements scolaires de manière à ce que tous les adolescents québécois puissent en bénéficier? Probablement que cette alternative est irréaliste étant donné les limites financières du gouvernement. Tout de même, une question de justice sociale est au cœur de cette question. En effet, n'eut été de Santé Canada qui a financé la mise en œuvre du programme dans deux écoles du quartier Villeray, il est peu probable que les directions de ces écoles aient pris l'initiative d'implanter ce programme. Non pas par mauvaise volonté, mais plutôt parce qu'elles sont aux prises avec d'autres problématiques et que celle du poids ne fait probablement pas partie de leurs priorités à l'heure actuelle.

Le fait que des enfants aussi jeunes que neuf ans aient déjà des préoccupations quant à leur image corporelle est aussi très questionnant et bouleversant. Ces jeunes sont au niveau primaire et ne bénéficieront pas de ce programme destiné aux jeunes du secondaire. Les parents de ces enfants pourraient désirer qu'un tel programme soit mis sur pied dès le niveau primaire pour ainsi agir en prévention de cette problématique. D'ailleurs, nous sommes encouragés à nous questionner quant à la pertinence d'un programme de prévention au secondaire si les problèmes liés à l'image corporelle et au poids débutent de plus en plus tôt chez les jeunes. Peut-être serons-nous appelés à élaborer un programme s'adressant aux enfants du primaire? Il s'agit une fois de plus d'ouvrir un dialogue avec la population-cible, dans ce cas-ci, les parents et la communauté interpellée par l'avenir de nos jeunes, leur bien-être.

3.4 Comparaison des trois programmes

Tableau 7 : Tableau synthèse de l'analyse des trois programmes

	Stratégies d'intervention	Valeurs phares	Enjeux éthiques
Vas-y	Éducation sanitaire et partage des responsabilités	Respect de la vie en santé, responsabilité et utilité	Le droit à l'auto-détermination du citoyen, la justice sociale, les différences ethniques, la culpabilisation de la victime, transparence quant au choix de priorité, quel bénéfice pour l'individu? et on cible l'individu alors qu'on explique le problème comme étant lié aux modifications environnementales
PNSP	Éducation sanitaire, partage des responsabilités, <i>empowerment</i> , renforcement des réglementations et solutions de type environnementales	Bien commun, responsabilité paternaliste et justice	Oubli d'un groupe vulnérable, stigmatisation et culpabilisation de la victime, transparence, on cible l'individu alors qu'on explique le problème comme étant lié aux modifications environnementales et un manque de clarté dans le choix des interventions.
BTBP	Éducation sanitaire, <i>empowerment</i> et collaboration	Auto-détermination, solidarité et respect de la vie en santé	Justice sociale puisque le programme n'est pas centralisé au MEQ, prévention efficace si on ne commence pas dès le primaire? Et on cible l'individu alors qu'on explique le problème comme étant lié aux modifications environnementales.

Ce tableau synthèse nous permet d'apprécier les ressemblances et divergences dans les choix de stratégies, mais aussi dans les valeurs phares étant au cœur de chaque programme d'intervention et les enjeux éthiques pouvant émerger de chacun de ces programmes. Ainsi, nous remarquons que le choix de la stratégie d'éducation sanitaire est universel et présent dans chacun des programmes. Ce qui explique que la valeur phare du respect de la vie en santé soit aussi présente au sein des trois programmes d'intervention. En ce qui concerne les enjeux éthiques, on en retrouve aussi un commun aux trois programmes, soit celui du choix du site d'intervention par rapport au site du problème. Les trois programmes d'intervention situent le problème au niveau de l'environnement, mais choisissent d'agir majoritairement ou d'orienter leurs stratégies au niveau de l'individu.

Ces facteurs communs aux trois programmes permettraient aux acteurs présents au sein de ces différents programmes d'amorcer une discussion en ayant pris conscience de ce qui les unit, avant d'aborder leurs différences d'opinion ou de vision de la problématique du poids, ce qui pourrait favoriser le dialogue. Bien sûr, des divergences sont aussi présentes, plus particulièrement lorsque l'on compare le programme BTBP avec les deux autres. C'est un programme qui ne vise pas la perte de poids, ni chez l'individu, ni dans la population cible. Ainsi, ses valeurs phares sont nécessairement différentes des deux autres. D'ailleurs, on retrouve la valeur de l'auto-détermination et de la solidarité qui n'est pas présente au cœur des deux autres programmes d'intervention. L'auto-détermination est plutôt la valeur invoquée comme pouvant créer un conflit avec la population cible dans les deux autres programmes puisque cette dernière pourrait se prévaloir de son droit de choisir son mode de vie et sa propre définition de ce qu'est la santé. Dans le programme BTBP, l'autodétermination et le droit à l'autonomie sont au cœur de la stratégie du programme. Finalement, ce tableau nous permet de faire l'exercice d'explicitier les valeurs présentes ainsi que celles étant en jeu tout en

encourageant les différents acteurs à apprécier et à prendre conscience des points communs qu'ils partagent entre eux.

La prochaine section présentera un bref retour sur l'analyse des trois programmes d'intervention et des recommandations préliminaires pour les acteurs prenant part aux interventions de promotion et de prévention liée à la problématique du poids au Québec. Des suggestions seront aussi soumises quant à la recherche future.

Conclusion

Il importe de rappeler que l'objectif de ce travail n'était pas d'évaluer l'efficacité des acteurs et de leurs programmes d'intervention respectifs afin de conclure sur le programme le plus efficace pour la problématique du poids. L'objectif consistait à prendre conscience du fait que les différents programmes de promotion de la santé ou de prévention en santé publique véhiculent certaines valeurs, et que ces valeurs sont parfois explicites, mais bien souvent implicites et rarement discutées. L'exercice effectué dans le cadre de ce travail consistait à expliciter ces valeurs pour trois programmes d'intervention impliquant trois acteurs différents dans la recherche de solutions à l'augmentation pondérale des Québécois.. Une fois cette partie de l'analyse effectuée, une deuxième étape s'attardait à discuter des enjeux éthiques pouvant émerger, de la présence et du choix de ces valeurs et enjeux éthiques pour la population cible, mais aussi pour les intervenants et même le gouvernement. Il s'avère important d'attirer l'attention sur quelques limites de notre démarche. En effet, les programmes ainsi que les acteurs retenus ne constituent pas un groupe strictement représentatif d'un ensemble alors que l'analyse des valeurs ainsi que des enjeux éthiques n'ont pas fait l'objet d'une validation auprès d'autres personnes impliquées en bioéthique. Mais il faut se rappeler que cette analyse cherchait à démontrer la pertinence de la présence de la bioéthique dans ce domaine de la santé publique étant donné que l'on a tendance à l'associer aux seules technologies de la santé ou aux questions fondamentales de l'euthanasie ou de l'avortement.

Nous avons choisi d'utiliser deux instruments d'analyse pour permettre l'énonciation claire et précise des différentes valeurs au cœur des trois programmes. Ces deux instruments sont la grille d'identification des valeurs encadrées dans les composantes d'une intervention de santé publique de Guttman, suggérée par Massé (2003) et la grille d'analyse du contexte général de l'intervention de Massé (2003). Le choix de ces deux instruments s'explique

d'abord par le contexte québécois de l'analyse et l'utilisation pratique de ces grilles. Utilisées conjointement, ces deux grilles permettaient à l'auteur d'atteindre l'objectif de son travail tout en étant consciente des limites de leur utilisation, limites explicitées auparavant. L'analyse des trois programmes a permis, entre autres, de prendre conscience de la présence de valeurs dans nos interventions de santé publique. En effet, ces valeurs sont rarement discutées préalablement au choix des actions. Nous tenons compte des coûts et des répercussions de nos actions de santé publique, mais rarement ou jamais des valeurs qu'elles véhiculent.

Dans le cas nous intéressant, soit l'augmentation alarmante du poids des Québécois, un aspect ressort davantage de l'analyse effectuée. Nous expliquons cette rapide augmentation pondérale en grande partie par les changements majeurs qu'il y a eu ces dernières années dans notre environnement. Ces changements environnementaux ont eu des impacts sur nos façons de vivre. Le mode de vie des Québécois est moins actif et ces derniers mangent plus souvent au restaurant. Nous faisons face, contrairement aux générations précédentes, à une abondance alimentaire et à une grande diversité d'aliments. Nous sommes bombardés de publicité nous incitant à manger et souvent à manger des aliments dit malsains. L'OMS qualifie aujourd'hui notre environnement d'obésogène et les jeunes connaissent aujourd'hui des problèmes de santé que l'on attribuait auparavant aux adultes (ex : diabète de type 2).

Cette augmentation pondérale entraîne des coûts de santé énormes et la survie de notre système de santé tel qu'il est actuellement est questionnée (GTPPP, 2005). Toutefois, les trois programmes soumis à l'analyse optent pour des solutions de type individuel. Au lieu d'agir sur le site identifié du problème, soit l'environnement, on mise sur des changements chez l'individu. D'autre part, cette analyse nous conduit à nous questionner sur l'importance que l'on désire accorder à deux valeurs importantes pour les citoyens, soit l'autonomie et le bien commun. Jusqu'où l'état peut-il intervenir? Où se situe la limite de l'interventionnisme étatique? Quand est-il justifié de brimer la liberté individuelle et l'autodétermination pour le

bien commun? Il ne s'agit pas dans ce cas-ci de répondre à ces questions, mais d'amorcer une discussion où ces questions peuvent être abordées.

Afin de conclure sur une note positive et dirigée vers l'action, la prochaine sous section consistera à émettre des suggestions préliminaires non seulement pour la recherche future, mais surtout pour les actions à venir au niveau de la promotion et de la prévention en ce qui concerne la problématique du poids.

Suggestions préliminaires

Uniquement dans ce que l'on entend par l'expression « problématique du poids », une confusion existe. En effet, selon les différents acteurs, il peut s'agir pour certains uniquement de l'obésité et de l'embonpoint alors que d'autres y incluent tout ce qui a trait à l'image corporelle soient : l'anorexie, la boulimie, la préoccupation excessive à l'égard du poids, l'obsession de la minceur, la super-musculature chez les hommes, l'hyperphagie. Selon la définition choisie, l'intervention différera ainsi que les valeurs au cœur de celle-ci. C'est pourquoi, il apparaît extrêmement important de bien définir les termes utilisés, mais il s'avère aussi nécessaire que les différents acteurs s'entendent sur une même définition du concept de façon à faciliter les actions concertées et éviter le travail en vase clos.

D'autre part, tel qu'on a pu le constater, des valeurs sont présentes au cœur de chaque stratégie d'actions, ce qui signifie que le choix de l'une plutôt que l'autre implique d'abord un choix de valeurs. Puisque les programmes d'intervention en santé publique sont dirigés parfois vers toute la population et d'autre fois vers certains sous-groupes spécifiques, ils ont le pouvoir d'influencer de nombreuses personnes. Ainsi, la présence de valeurs implicites n'est pas sans conséquence puisque l'on a le pouvoir d'agir sur les mentalités, sur les croyances, sur les perceptions de la société québécoise dans le cas nous intéressant. Il s'agit d'un pouvoir considérable qui peut être extrêmement positif et novateur lorsqu'il est utilisé consciemment

et en respectant certains critères éthiques préétablis. Il s'agit alors d'un levier permettant d'inciter des citoyens québécois à devenir des personnes impliquées, curieuses et conscientes de leur pouvoir sur leur santé.

En ce qui concerne la problématique du poids plus particulièrement, nos programmes de promotion et de prévention peuvent influencer les préjugés persistants à l'égard de l'obésité et de l'embonpoint. C'est d'ailleurs l'un des objectifs du programme *BTBP*. Par contre, l'inverse demeure possible; c'est-à-dire que ces programmes peuvent aussi, souvent bien inconsciemment, exacerber ou du moins, préserver les croyances erronées présentes au cœur de nos sociétés (ex :les personnes obèses le sont parce qu'elles mangent du junk-food, parce qu'elles sont paresseuses, les personnes minces sont plus heureuses, plus belles, etc). C'est donc l'une des raisons d'être de la bioéthique en santé publique : apporter une conscience éthique d'abord chez les responsables de ces programmes pour les encourager à prendre conscience des valeurs qu'ils véhiculent afin qu'ils puissent discuter des enjeux éthiques pouvant émerger et ce, dans une perspective de prévention. D'autre part, la bioéthique permet de susciter un dialogue citoyen pouvant influencer une prise de conscience qui permet ensuite un changement non seulement dans les mentalités des citoyens, mais aussi dans les prises de décisions politiques.

Un autre enjeu éthique doit être signalé; en effet, il existe d'autres problèmes de poids pour lesquels peu d'interventions sont mises sur pied, mais dont nombre de personnes souffrent silencieusement en raison des tabous entourant ces problèmes et du manque de ressources puisque celles-ci sont prioritairement investies pour contrer l'embonpoint et l'obésité. Il s'agit de l'anorexie, de la boulimie, de la préoccupation excessive à l'égard de son poids, etc. En effet, une étude effectuée auprès d'étudiantes universitaires a révélé que celles présentant des symptômes de troubles de l'alimentation n'avaient pas cherché d'aide et témoignaient d'une souffrance au niveau psychologique et social (Casteels-Reis & Piran,

1992). Une autre étude effectuée auprès de jeunes filles âgées de 11 ans vivant dans un quartier de statut socioéconomique élevé à Toronto a démontré que 44% d'entre elles suivaient un régime amaigrissant (Phillips & Piran, 1992). Ces comportements alimentaires ont aussi des effets immédiats sur la santé et peuvent également entraîner certains problèmes de santé à plus ou moins long terme (obésité à l'âge adulte, ostéoporose chez la femme, infertilité, décès, etc.).

D'autre part, dans le choix des stratégies d'intervention lorsqu'il s'agit de mettre sur pied une intervention de santé publique, un souci d'efficacité et d'utilité devrait être présent. Parfois, la stratégie est si novatrice qu'aucune étude évaluative n'a été effectuée et, dans un tel cas, il est pertinent de la mettre en place si et seulement si, l'on s'est assuré que cette dernière ne causerait pas plus de torts qu'elle n'engendrerait de bienfaits. Il s'agit ici d'un souci de non-malfaisance.

Dans le cas des programmes de promotion de saines habitudes de vie prenant la forme de campagnes médiatiques, nous disposons d'une littérature permettant de se faire une idée des effets que l'on peut escompter obtenir. Des études ont démontré qu'à ce jour, ce type de stratégie n'avait pas eu d'effets à court terme sur le changement de comportement des gens. Elles avaient uniquement un effet sur la sensibilité de la population ciblée face à la problématique visée (Booth et al, 1992; Owen et al, 1995; Wimbush, McGregor et Fraser, 1998 in Cavill, 2000). Ainsi, lorsque l'on choisit de miser sur une campagne médiatique au détriment, par exemple, d'une politique alimentaire nationale, on doit être conscient que l'efficacité d'un tel choix n'aura vraisemblablement pas d'impact sur les comportements des gens visés par cette campagne. Toutefois, ce choix demeure pertinent si l'on désire susciter une prise de conscience au sein de la population cible. Par contre, dans le cas de la problématique du poids et plus particulièrement en ce qui concerne l'augmentation du nombre de personnes présentant de l'embonpoint, cela fait un bon moment que les instances

décisionnelles en santé connaissent la problématique et sont conscients des signaux d'alarme. En effet, dès les années 1974, le rapport Lalonde mentionnait la sédentarité et l'obésité comme étant des problèmes qui, si aucune action n'était entreprise, allaient augmenter (Lalonde, 1981). Comment expliquer 30 plus tard que, nous choissions encore des actions pour susciter la sensibilité des gens et des dirigeants politiques à la problématique du poids plutôt que d'agir afin de susciter un changement de comportement?

Toujours en ce qui concerne le souci d'utilité et d'efficacité, les causes du problème en question, lorsqu'elles sont connues, doivent être prises en considération lors de la décision du site de l'intervention. Dans le cas de la problématique du poids, les causes sont multiples tels que ce fut discuté dans le chapitre 1. Toutefois, si l'on s'intéresse uniquement à l'embonpoint et à l'obésité, les changements qui se sont produits dans l'environnement social dans lequel nous vivons, tant au Québec qu'ailleurs, semblent être l'une des causes majeures dans l'explication de l'augmentation pondérale au sein des populations. De nouvelles études sont effectuées ayant pour objectif de mieux comprendre le lien entre l'obésité et la morbidité. Des résultats fort intéressants ont été obtenus et ceux-ci pourraient et devraient venir modifier nos manières d'agir dans nos interventions de santé publique en matière de promotion et de prévention de la problématique du poids (Blair & Brodney, 1999).

Blair et Brodney (1999) ont effectué une étude sur des personnes obèses et ont conclu que les personnes ayant un surplus de poids et étant physiquement actives avaient moins de risque que des personnes sédentaires de même poids, de développer une maladie liée à l'obésité (maladie cardiovasculaire, hypertension, diabète, etc). De plus, et c'est cet aspect qui est particulièrement important, ces personnes présentaient également moins de risque de développer ces maladies que des personnes de poids normal sédentaires. Ainsi, le facteur qui serait lié aux maladies ne serait pas tant le surplus de poids que la sédentarité. Donc, il faudrait plutôt reformuler nos messages de santé publique pour encourager l'activité physique

sans égard au poids de la personne; en effet, une stratégie qui mise sur une perte de poids et l'atteinte d'un poids santé peut entraîner des conséquences telles qu'une culpabilisation des personnes obèses, des préjugés face à ces personnes et même des comportements alimentaires malsains, tels que l'anorexie et la boulimie dans le but de rester mince. Les auteurs de cette étude mentionnent que d'autres études du genre doivent être effectuées en contrôlant le statut socioéconomique et l'ethnie d'une part et en s'assurant d'autre part d'inclure dans leur échantillon des personnes ayant une obésité morbide (Blair & Brodney, 1999). Tout de même, il s'agit d'une piste intéressante qui pourrait permettre de résoudre certains enjeux éthiques mentionnés dans les analyses du chapitre 3.

Une lacune qui se dégage des analyses effectuées au chapitre 3 concerne la connaissance que nous avons quant aux différences interculturelles existantes dans la perception de l'embonpoint, de l'obésité, mais surtout de ce que l'on entend par santé. Il serait nécessaire de poursuivre des recherches ethnographiques pour mieux documenter le lien entre la valeur santé et la définition qu'on lui donne selon les groupes ethniques présents au Québec. Une telle recherche pourrait par la suite aider à mettre sur pied des interventions de santé publique dirigées vers certains groupes ethniques et tenant compte de leur spécificité. Ainsi la valeur du respect de la différence et du bien commun serait ici prise en compte.

Finalement, le lien qui existe entre la santé et la pauvreté, dans ce cas-ci, entre l'embonpoint et le statut socio-économique semble souvent être relégué aux oubliettes dans la mise sur pied des programmes de promotion de santé publique. Des études ont démontré ce lien et il est d'ailleurs réaffirmé dans le PNSP de 2003-2012 et une étude longitudinale de Statistiques Canada vient encore une fois le confirmer. Il s'agit de l'Enquête Nationale sur la santé de la population qui a porté sur un groupe de canadiens âgés au départ de 20 à 56 ans suivis pendant 8 ans, une période allant de 1994-1995 jusqu'en 2002-2003. Les résultats indiquent que, lorsqu'une personne, peu importe le sexe, fait partie d'un niveau de revenu

plus élevé, son risque de devenir obèse est plus faible. De façon plus spécifique, pour les hommes et les femmes de revenu supérieur, le risque de devenir obèse est 40% plus faible que pour ceux et celles de revenu inférieur (Le Petit & Berthelot, 2005). Pourtant, aucune action ne vise spécifiquement la pauvreté de certains sous-groupes ou quartiers résidentiels. En agissant sans tenir compte de l'existence de ce lien, on risque d'engendrer une augmentation de l'écart qui existe déjà entre les riches et les pauvres. Les valeurs de non-malfaisance et de justice sociale sont ici soulevées et doivent être prises en compte dans l'élaboration des programmes de santé publique et dans la détermination des cibles d'intervention.

Un autre groupe vulnérable souvent oublié est celui des personnes présentant déjà un surplus de poids qui se situait à 57% de la population québécoise en 2005 (GTPPP, 2005). Ces personnes ne peuvent bénéficier d'actions de prévention puisqu'elles présentent déjà la condition physique d'embonpoint. Par contre, ces personnes ont besoin de soins, de services et d'aide car elles peuvent souffrir bien sûr de maladies physiques associées à leur condition, mais aussi, elles peuvent vivre une souffrance psychologique due aux préjugés persistants concernant l'embonpoint et l'obésité dans la société québécoise. Certains pourraient évoquer que ces personnes peuvent bénéficier des actions de promotion de saines habitudes de vie et ainsi apporter des modifications à leurs comportements qui auront possiblement un effet sur leur surplus pondéral. En effet, peut-être est-ce le cas pour certaines d'entre elles, mais, tel que le mentionne le docteur Garrel dans un article qui sera publié en 2006 (Passeport Santé, 2006) : « Dire à une personne diabétique et obèse qu'il faut maigrir, c'est comme dire à un asthmatique de respirer mieux ». De plus, les études démontrent qu'une fois l'embonpoint installé, les personnes tendent à continuer de prendre des kilos. C'est d'ailleurs ce résultat qui vient justifier l'investissement prioritaire en prévention de l'embonpoint. En effet, il semble logique de faire un tel choix. Par contre, cela ne doit pas justifier l'absence d'intervention ou la difficulté actuelle des personnes obèses à trouver du soutien. Tel que le mentionne le

Réseau canadien en obésité, des équipes de soins multidisciplinaires devraient être mises sur pied afin d'offrir un soutien efficace aux personnes obèses (www.obesitynetwork.ca).

C'est d'une stratégie globale et concertée à tous les niveaux et impliquant la collaboration de tous les acteurs mentionnés auparavant qu'il est nécessaire de mettre sur pied. Il semblerait d'ailleurs que de plus en plus d'acteurs choisissent de miser sur ce type de stratégie : en effet, lors de la Conférence de Montréal du Forum économique international des Amériques qui a eu lieu du 5 au 8 juin 2006 dernier, un forum traitait plus particulièrement de l'obésité infantile. Il semblerait que dix ministères et organismes québécois aient mis sur pied un plan d'action qui sera présenté au gouvernement sous peu et qui miserait sur des actions tenant compte de l'environnement, mais aussi des valeurs et des normes sociales (Passeport Santé, 2006). Le docteur Poirier qui participait au forum et qui est le directeur national de santé publique a mentionné l'importance de promouvoir des normes sociales différentes, de ne pas viser les personnes obèses et de miser sur l'activité physique et la saine alimentation sans nécessairement viser la perte de poids. Il semble donc qu'une prise de conscience des enjeux éthiques discutés dans le cadre de ce travail soit déjà amorcée et que des solutions soient élaborées pour agir éthiquement.

Finalement, l'important c'est d'abord d'admettre que nous sommes tous et toutes différents et que nous ne bénéficions pas tous de chances semblables lors de notre venue au monde. Il incombe aux instances de santé publique, d'abord et avant tout, d'agir pour équilibrer cette injustice aléatoire et d'agir de la façon la plus éthique possible sans que celle-ci ne soit parfaite. Tous ne pourront être satisfaits des choix établis. Par contre, si ces choix ont été discutés et soupesés selon des repères précis, dans le respect des valeurs partagées et préétablies, alors, il devient plus facile d'expliquer et de justifier les actions mises sur pied. Choisir, c'est mourir un peu...(Massé, 2004).

Références

- Arzel, B. Golay, M., Zesiger, V., Kabengele Mpinga, M. & Chastonay, P. (2005). Malnutritions et inégalités sociales. *Bulletins des médecins suisses*, 86 (18), p.1093-1099. <http://www.saez.ch/pdf/2005/2005-18/2005-18-450.PDF>
- Bariaud, F., Rodriguez-Tome, H., Cohen-Zardi, M.F., Delmas, C. & Jeanvoine, B. (1999). Effets de la puberté sur l'image de soi des adolescents. *Archives de pédiatrie*, 6 (9), p.952-957.
- Bédard, B., Dubois, L. & Girard, M. (2005). Habitudes, comportements et contextes alimentaires. http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2005/nutrition4ans_chap6.pdf
- Blair, S.N. & Brodney, S. (1999). Effects of physical inactivity and obesity on morbidity and mortality: current evidence and research issues. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31, 11, suppl. p. S646-S662.
- Butchko, H. H. (2004). The Obesity Epidemic: Stakeholder Initiatives and Cooperation. *Nutrition Today*, 39(6), 235-244.
- Casey, L. & Crumley, E. (2004). *L'obésité chez les enfants: Intervenir à la lumière des données probantes*. Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète. www.cihr-irsc.gc.ca
- Casteels-Reis, T. & Piran, N. *Life Adjustment of Subclinical Bulimics*. Presented at the Fifth International Conference on Eating Disorders, New York, April 1992 <http://www.cfc-efc.ca/docs/ninut/00000542.htm>
- Cash, S. B. (2004). *Harmoniser la politique alimentaire et les préoccupations croissantes en matière de santé et de bien-être: une analyse documentaire des problèmes qui affectent le gouvernement, l'industrie et la société civile*. Rapport présenté au Bureau de la chaîne de valeurs d'Agriculture et Agroalimentaire Canada.
- Chouinard, T. (2006, 29 mars). Charest veut rayer la malbouffe du menu. *La Presse*, <http://www.cyberpresse.ca/article/20060329/CPACTUALITES/60329008>
- Davey, R. C. (2004). The obesity epidemic: too much food for thought? *British Journal of Sports Medicine*, 38, 360-363.
- David Haber, C. L., Karen Babola, Martha Hinman & Carolyn Utsey. (2000). Impact of a Health Promotion Course on Inactive, Overweight, or Physically Limited Older Adults. *Family & Community Health*, 22(4), 48-56.
- Deglise, Fabien. (24 septembre 2006). L'État devrait subventionner l'achat de fruits et de légumes: Des spécialistes suggèrent des pistes novatrices pour améliorer l'état de santé de la population. *Le Devoir*, p. A2

- Direction générale de la santé publique du ministère de la santé et des services sociaux, (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-216-01.pdf>
- Doucet, H. (20 et 21 mai 1999). Pénaliser le citoyen irresponsable : une attitude sociale responsable? *Actes du colloque Les enjeux éthiques en santé publique*, Association pour la santé publique du Québec.
- Durand, G. (1997). *La Bioéthique: nature, principes, enjeux*. Éd. Cerf-Fides. 127p.
- Engeland, A., Bjorge, T., Sogaard, A.J. et al. (2003). Body mass index in adolescence in relation to total mortality: 32 year follow-up of 227 000 Norwegian boys and girls. *American Journal of Epidemiology*, 157, 6, p.517-523.
- ÉquiLibre (2004). *Le programme Bien dans sa tête, Bien dans sa peau pour en savoir plus... (BTBP): Un programme sur le poids et l'image corporelle pour les adolescents en milieu scolaire*. 32p. <http://www.biendanssapeau.ca/4xa.html>
- Field AE, Bryn Austin S, Berkey CS, et al. (2000). Frequent dieting predicts the development of obesity among preadolescent and adolescent girls and boys, Présenté au congrès du NAASO, Long Beach, Californie, automne
- Fondation Chagnon: www.fondationchagnon.org
- Fontbonne, A., Favier, F. & Papoz, L. (2003). *Le diabète de type 2 dans le monde: analyse d'une épidémie*. Journées annuelles de diabétologie de l'Hotel Dieu, France, p.53-64.
- Frank, L.D., Sallis, J.F., Conway, T.L., Chapman, J.E., Saelens, B.E. & Bachman, W. (2006). Many Pathways from Land Use to Health. *Journal of the American Planning Association*, 72, 1, p.75-87.
- Freedman, D.S., Khan, L.K., Dietz, W.H. & al. (2001). Relationship of childhood obesity to coronary heart disease risk factors in adulthood: the Bogalusa heart study. *Pediatrics*, 108, 3, p.712-718.
- Fulton, S., Richard, D., Woodside, B. & Shizgal, P. (2004). Food restriction and leptin impact brain reward circuitry in lean and obese Zucker rats. *Behavioural Brain Research*, 155, p. 319-329.
- Gouvernement du Québec, (2004). *Briller parmi les meilleurs: La vision et les priorités d'action du gouvernement du Québec*. www.briller.gouv.qc.ca
- Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (GTPPP), (2005). *Les problèmes reliés au poids au Québec: un appel à l'action*. Association pour la santé publique du Québec, 58p.
- Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (GTPPP), (2003). *Les problèmes reliés au poids au Québec: un appel à la mobilisation*. Association pour la santé publique du Québec, 30p.

- Groupe de travail provincial sur la problématique du poids (GTPPP), (2004). Les nouvelles lignes directrices canadiennes pour la classification du poids: Quoi en penser? *Bulletin de santé publique*, 25 (1). www.aspq.org
- Hirsh J, Liebel R (1998). *The genetics of obesity*, Hosp Pract, McGraws-Hill Companies, [En ligne], mars, [www.hosprract.com/genetics/9803gen.htm] (10 avril 2002).
- Institut Canadien d'Information sur la santé. Lutte contre l'obésité: il ne suffit pas de dire aux Canadiens de "bien manger et de faire de l'exercice". Communiqué du 15 février 2006. http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=media_15feb2006_f
- Institut Canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. <http://www.cflri.ca/fra/faqs/index.php>
- Institut de la statistique du Québec (2001). *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000*, Collection la santé et le bien-être, Gouvernement du Québec, novembre, 124 p.
- Jackson, R. (2004). Obesity: Soon to Be the No. 1 Challenge for Health Care Providers. *Health Care Food & Nutrition Focus*, 21, 8, p.31-9.
- Kino-Québec: www.kino-quebec.qc.ca
- Lakdawalla, D.N., Goldman, D.P. & Shang, B. (2005). The health and cost consequences of obesity among the future elderly. *Health Affairs*, Septembre 25. (Publication électronique)
- Lalonde, M. (1981). *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens: un document de travail*. Gouvernement du Canada,
- Larousse. (1992). Le Petit Larousse Illustré 1993: Dictionnaire encyclopédique, Paris.
- Le Petit, C. & Berthelot, J.M. (2005). En santé aujourd'hui, en santé demain? Résultats de l'Enquête Nationale sur la santé de la population. Obésité: un enjeu en croissance. *Catalogue de statistique Canada*. <http://www.statcan.ca/francais/research/82-618-MIF/2005003/pdf/82-618-MIF2005003.pdf>
- Ledoux, J. & Mongeau, L. (2002). *Le programme Bien dans sa tête, bien dans sa peau: Guide d'intervention sur le poids et l'image corporelle auprès des jeunes en milieu scolaire*. Collectif action alternative en obésité (CAAO), 796p.
- Ledoux M, Mongeau L, Rivard M (2002). Poids et image corporelle dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, chapitre 14*, Institut de la statistique du Québec, Gouvernement du Québec.
- Manson JE et al. Body weight and mortality among women. *New England Journal of Medicine*, 1995, 333:677--685.
- Massé, R. (2004). Conférence donnée dans le cadre du cours MSO 6038.

- Massé, R., & Saint-Arnaud, J. (2003). *Éthique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Massé, R., Mongeau, L. & Bernard, D. (30 mars 2006). Rôle des politiques publiques dans l'amélioration nutritionnelle et du bien-être des populations. Institut National de Santé Publique en coll. avec le Groupe d'Étude en Nutrition publique. <http://www.inspq.qc.ca>
- Mongeau, L. Audet, N., Aubin, J. & Baraldi, R. (2005). L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003. Institut National de santé publique du Québec et Institut de la statistique, Direction Santé Québec, 24p.
- MSSS (2003). Programme National de Santé Publique 2003-2012. <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/e76533b4f436909a85256c7600697dbf?OpenDocument>
- MSSS (1995). *Naître égaux, grandir en santé*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1995/95-807.pdf>
- National Audit Office (2001). *Tackling Obesity in England*. Report by the controller and auditor general HC 220, Session 2000-2001.
- OMS. (2003). *Document consultatif destiné à guider l'élaboration d'une stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf
- OMS. *Controlling the global obesity epidemic*. <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/print.html>
- Olshansky, S.J. et al. (2005). A Potential Decline in Life Expectancy in the United States in the 21st Century, *The New England Journal of Medicine*, 352, 11, p.1138-45.
- Peeters A., Barendregt J.J., Willekens F., et al. (2003). Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy : a life-table analysis. *Annals of Internal Medicine*, 138, p.24-32.
- Perreault, M. (2006, 7 mars). Controverse sur la définition de l'embonpoint. *La Presse*, p. A8.
- Pérusse, L., Chagon, Y. C., Rice, T., Rao, D. C. & Bouchard, C. (1998). L'épidémiologie génétique et la génétique moléculaire de l'obésité: l'enseignement de l'étude des familles de Québec. *Médecine/Sciences*, 14 (8-9), p.914-24.
- Pesa J (1999). Psychological factors associated with dieting behaviors among female adolescents, *Journal of School Health*, 69(5), p.196-201.
- Phillips, S. & Piran, N. *Factors Affecting Negative Body Image and Eating Attitudes in Preadolescent Females*. Presented at the Fifth International Conference on Eating Disorders, New York, April 1992 <http://www.cfc-efc.ca/docs/ninut/00000542.htm>
- Preston, S.H. (2005). Deadweight?: The Influence of Obesity on Longevity, *The New*

England Journal of Medicine, 352,11, p.1135-37.

Ruppel Shell, Ellen. (2002). *The Hungry Gene: the science of fat and the future of thin*. London: Atlantic Books. 294p.

Santé Canada (2003). Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez l'adulte. http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ladult/weight_book-livres_des_poids-03_f.html

Schaefer C, Mongeau L (2000). *L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids. Éléments d'une problématique et réflexions pour l'action*, Montréal, Collectif action alternative en obésité (CAAO), 87 p.

Sondage CROP-La Presse. Exit La malbouffe, oui à l'uniforme, 31 août 2005.

Stice, E., Cameron, R.P., Killen, J.D. et al. (1999). Naturalistic Weight-Reduction Efforts Prospectively Predict Growth in Relative Weight and Onset of Obesity Among Female Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 6, p. 967-974.

Stunkard AJ, Sobal J (1995). *Psychosocial consequences of obesity* dans Eating disorders and obesity: A comprehensive Handbook, KD Brownell & C Fairburn eds, Guilford Press, New York, p.417-421.

Thomas, P. R. (2005). Dietary Supplements For Weight Loss? *Nutrition Today*, 40(1), 6-12.

Thompson JK, Heinberg LJ, Altabe M, Tantleff-Dunn S (1999). *Exacting Beauty: Theory, Assessment and Treatment of Body Image Disturbance*, Publié par l'American Psychological Association, 396 p.

Tillotson, J. E. (2003). Pandemic Obesity: Is it time for change in economic and development policies affecting the food industry? *Nutrition and Business*, 38(6), 242-246.

Tillotson, J. E. (2004). Who's filling your grocery bag? *Business and Nutrition*, 39(5), 216-219.



—

